

TARTU ÜLIKOOL
Pärnu kolledž
Sotsiaaltöö korralduse osakond

Lemmi Park

**ERIHOOLEKANDETEENUSTE KÄTTESAADAVUS JA
ARENGUVAJADUSED HARJUMAA NÄITEL**

Lõputöö

Juhendaja: lektor Anne Rähn

Pärnu 2013

SISUKORD

Sissejuhatus	4
1. Erihoolekande teoreetilised alused ja korraldus	6
1.1. Mõisted ja teoreetiline lähenemine	6
1.1.1. Puuetega seotud mõisted ja psüühilised erivajadused	6
1.1.2. Erihoolekande teoreetilised alused	10
1.2. Erihoolekandesüsteem ja -teenused	13
1.2.1. Erihoolekande areng ja suundumused	13
1.2.2. Valdkonda puudutav seadusandlus ja selle lähtekohad	16
1.2.3. Erihoolekandeteenuste põhimõtted, eesmärk ja liigitamine	19
1.3. Erihoolekandeteenuste korraldus, kättesaadavus ja arenguvajadused	22
1.3.1. Erihoolekandeteenuste taotlemine, rahastamine ja osutamine	22
1.3.2. Erihoolekandeteenuste kättesaadavuse ja arenguvajaduste käsitleused	26
2. Uurimus erihoolekandeteenuste kättesaadavusest ja arenguvajadustest	29
2.1. Uurimuse eesmärk, uurimisküsimused ja uurimispiirkond	29
2.2. Uurimuse läbiviimine, meetodika ja valim	31
2.3. Uurimisandmete analüüs ja uurimistulemused	35
2.3.1. Sotsiaaltöö spetsialistide teadlikkus erihoolekandeteenustest ja psüühiliste erivajadustega inimestest	35
2.3.2. Erihoolekandeteenuste võimalused kohalikes omavalitsusüksustes	39
2.3.3. Erihoolekandeteenuste kättesaadavus	42
2.3.4. Spetsialistide hinnangud erihoolekandeteenustele ja arenguvajadustele	46
2.3.5. Psüühiliste erivajadustega inimestele vajalikest erihoolekandeteenustest ilmajäämise riskid	49
2.4. Arutelu, järeldused ja ettepanekud	53
Kokkuvõte	58
Viidatud allikad	61

Lisad.....	66
Lisa 1. Erihoolekandeteenuste kirjeldused.....	66
Lisa 2. Erihoolekandeteenuste osutajad Harjumaal (v.a Tallinn)	69
Lisa 3. Rahvastiku info Harjumaal (v.a Tallinn).....	70
Lisa 4. Intervjuu küsimused sotsiaaltöö spetsialistile	71
Lisa 5. Intervjuu küsimused juhtumikorraldajale.....	73
Lisa 6. Intervjuu küsimused teenuse osutajale.....	74
Summary	75

SISSEJUHATUS

Erihoolekannet käsitletakse kui sotsiaalvaldkonna teemat, kuid tegelikult hõlmab see palju enam näidates kogu ühiskonna nägu. Psüühiliste erivajadustega inimesed on üks haavatavamaid sotsiaalseid gruppe ühiskonnas ning vajavad erilist tähelepanu ja toetust. Erivajadustega inimeste arv on näidanud läbi aastate tõusutendentsi (Töö, tervis... 2011: 120-124; World Report... 2011: 8) ning seetõttu vajab uurimist, kuivõrd kättesaadavad on neile vajalikud teenused ning milliseid arenguvajadusi nähakse.

Erihoolekandeteenuste eesmärk on psüühilise erivajadusega inimese iseseisva toimetuleku arendamine ja tegevuste juhendamine. Toimetuleku tase määrab nii inimese heaolu kui elukvaliteedi. Vajalikest teenustest õigel ajal ilma jäämine tühistab varem tehtu ning võib põhjustada tõsisid tagajärgi nii teenuse vajajale kui tema lähedastele.

2008. aastal avaldatud Riigikontrolli auditi aruandes (Riigi tegevus... 2008) riigi tegevuse kohta psüühiliste erivajadustega isikute riikliku hoolekande korraldamisel toodi välja erihoolekande kitsaskohad. Viimasel ajal on meedias üha rohkem kajastatud psüühiliste erivajadustega inimeste ja nende hooldajate rasket olukorda.

Arvestades viimaste aastate trende ja regionaalpoliitikat võib väita, et järjest rohkem Eesti rahvastikust koondub Harjumaale. Seda enam väärivad uurimist nimetatud piirkonna võimalused ka erihoolekandeteenuste kättesaadavuse ja arenguvajaduste osas. Autori teada ei ole Harjumaal läbi viidud vastavasisulist uuringut. Autor loodab, et uurimuse tulemusena saadud informatsiooni saab kasutada psüühiliste erivajadustega inimestele suunatud teenuste arendamisel ja planeerimisel.

Käesoleva lõputöö eesmärk on välja selgitada erihoolekandeteenuste võimalused, probleemid ja arenguvajadused Harjumaal.

Töö eesmärgi täitmiseks seatakse järgmised uurimisülesanded:

- tutvuda erialase kirjandusega ja koostada teoreetiline ülevaade psüühiliste erivajadustega inimeste eripäradest ja neile suunatud hoolekandest;
- anda ülevaade Eesti erihoolekande korraldusest ning seda reguleerivast seadusandlusest;
- uurida erihoolekandeteenuste kättesaadavust ja arenguvajadusi intervjuerides Harjumaa sotsiaaltöö spetsialiste ning eksperte;
- analüüsida, milliste erihoolekandeteenustega seotud probleemidega on spetsialistid ja eksperdid kokku puutunud ning milliseid arenguvajadusi nähakse.

Lõputöö esimene osa annab ülevaate psüühiliste erivajadustega inimeste hoolekande teoreetilistest lähtealustest ja korraldusest. Käsitletakse vaimupuude ja psüühikahäire mõisteid, klassifitseerimist ja iseärasusi ning erihoolekande ajalugu ja kaasaegseid suundumusi. Antakse ülevaade Eesti erihoolekandesüsteemi arengust, selle seadusandlikust regulatsioonist ning tutvustatakse erihoolekandeteenuste põhimõtteid ja korraldust. Töö teoreetilise tagapõhjuna kasutatakse riiklikke kontseptsioone ja kavasid, teemaga seotud seadusandlust ning statistilisi andmeid, samuti varem teostatud uuringuid ja analüüse.

Lõputöö teine osa annab ülevaate uurimuse läbiviimisest. Kvalitatiivse meetodiga viidi läbi poolstruktureeritud intervjuud 13 sotsiaaltöö spetsialistiga ja nelja eksperdiga. Saadud andmete analüüsimiseks kasutati temaatilist analüüsi. Antud uurimuse tulemused on esitatud analüüsi osas ning arutelus ja järeldustes. Samas on välja toodud ka autoripoolsed ettepanekud.

Statistika ja taustinfo kogumiseks otsiti andmeid Statistikaameti andmebaasist, Sotsiaalministeeriumi kodulehelt ja pöörduiti otse Sotsiaalkindlustusameti poole. Töös on kasutatud juhtumikorraldaja vahendusel saadud mitteavaldatud andmeid Sotsiaalkindlustusameti andmebaasist. Riiklikes andmebaasides ei olnud töö kirjutamise ajal kättesaadavad andmed 2012. aasta kohta.

Töös on viidatud 50 allikale. Töö vormistamisel on järgitud Tartu Ülikooli Pärnu kolledži metoodilist juhendit "Üliõpilaste kirjalikud tööd", ilmunud Pärnus 2012. aastal.

1. ERIHOOLEKANDE TEOREETILISED ALUSED JA KORRALDUS

Lõputöö teoreetilises osas antakse ülevaade psüühiliste erivajadustega inimeste hoolekande lähtealustest ja korraldusest. Esimeses alapeatükis käsitletakse vaimupuude ja psüühikahäire mõisteid, klassifitseerimist ja iseärasusi ning antakse ülevaade erihoolekande teoreetilistest alustest. Teises alapeatükis antakse ülevaade Eesti erihoolekandesüsteemi arengust, selle seadusandlikust regulatsioonist ning tutvustatakse erihoolekandeteenuste põhimõtteid. Kolmandas alapeatükis antakse ülevaade erihoolekandeteenuste korraldusest ning kättesaadavusest ja arenguvajadustest varasemate käsitluste põhjal.

1.1. Mõisted ja teoreetiline lähenemine

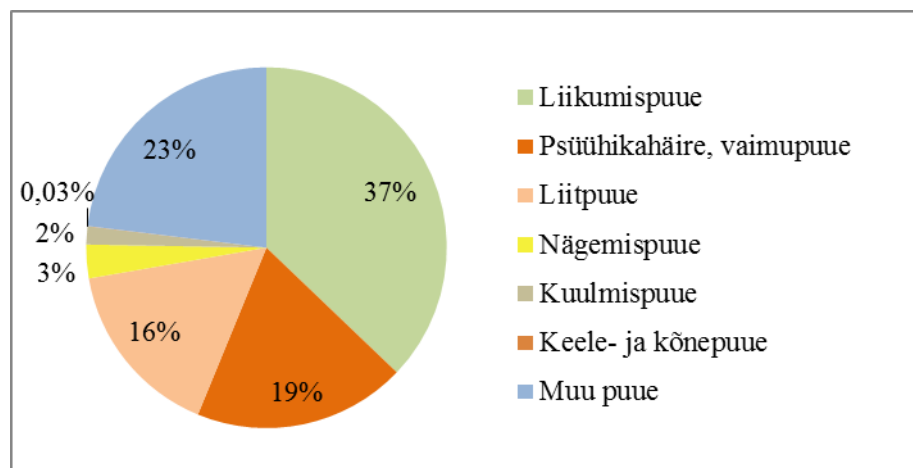
1.1.1. Puuetega seotud mõisted ja psüühilised erivajadused

Puuetega inimeste kohta on aegade jooksul kasutatud mitmesuguseid sõnu ja väljendeid. Kaasajal kasutatakse ka mõistet erivajadus, et mitte rõhutada inimese puuet, vaid osutada tähelepanu toetuse vajadusele. Käesolevas alapeatükis antakse ülevaade puudeliikidest, psüühiliste erivajadustega inimestest ja nendega seotud mõistetest.

Eestis on puude defineerimisel lähtunud ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsioonist (Puudega inimesed... 2013). ÜRO konventsiooni kohaselt hõlmab puuetega inimeste mõiste isikuid, kellel on pikaajaline füüsiline, vaimne, intellektuaalne või meeleline kahjustus, mis võib koostoimel erinevate takistustega tõkestada nende täielikku ja tõhusat osalemist ühiskonnaelus teistega võrdsetel alustel (Puuetega inimeste õiguste... 2012). Puue on defineeritud puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seaduses järgnevalt: puue on inimese anatoomilise, füsioloogilise või psüühilise struktuuri või funktsiooni kaotus või kõrvalekalle, mis koostoimes erinevate suhtumuslike ja keskkondlike

takistustega tõkestab ühiskonnaelus osalemist teistega võrdsetel alustel (Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seadus 1999).

Eestis koordineerib puude määramist Sotsiaalkindlustusamet, mis eristab järgnevaid puudeliike: liikumispuue, nägemispuue, kõne- või keelepuue, kuulmispuue, vaimupuue, psüühikahäire, muu puue (terviseprobleemid, kroonilised haigused) ja liitpuue. Iga puudeliigi puhul määratakse ka puude raskusaste lähtuvalt sellest, kui suurel määral on inimese igapäevane iseseisev tegutsemine ja ühiskonnaelus osamine puude tõttu raskendatud ning millist kõrvalabi ta seetõttu vajab. Puude raskusastmeid on kolm: keskmine puue (kõrvalabi vajadus väljaspool elukohta vähemalt korra nädalas), raske puue (igapäevane kõrvalabi või järelevalve vajadus) ja sügav puue (ööpäevaringne kõrvalabi või järelevalve vajadus). (Linno 2010: 4) Ülevaate puudeliikide jagunemisest annab alljärgnev joonis 1. Siinkohal tuleb selgitada, et liitpuude puhul võib üks puuetest olla vaimupuue või psüühikahäire, mis teeb nimetatud grupi osakaalu veel suuremaks.



Joonis 1. Puudeliikide jagunemine 2011. aasta alguses isikute hulgas, kellele on määratud puude raskusaste domineeriva puudeliigi järgi (Tervis, töö... 2011: 124).

Kõrvalabi või juhendamine on abi osutamine inimesele, kui ta ei tule iseseisvalt toime söömise, hügieenitoimingute, riietumise, liikumise või suhtlemisega. Järelevalve on ohutuse tagamine inimese suhtes, kes oma tegevuse või tegevusetusega võib tekitada kahju iseenda või teiste inimeste elule, tervisele või varale. (Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seadus 1999)

Puuetega inimeste arv näitab kasvutendentsi. Seda põhjustab rahvastiku vananemine ja krooniliste haiguste nagu diabeet, südamehaigused ja vaimuhaigused, globaalne kasv (World Report... 2011: 8). Vaimuhaigusega inimestel on rohkem tõenäoliselt ka krooniline kehaline haigus (Mental Health 2008: 222). Sotsiaalministeeriumi andmetel oli isikuid, kellele on määratud puudeliik – psüühikahäire ja vaimupuue, näiteks 2009. aastal 21837, järgneval aastal 22410 ja kaks aastat hiljem juba 24209 (Tervis, töö... 2011: 123-124).

Puudega inimene on esmajoonel isiksus oma tavaliste inimlike vajadustega ja alles seejärel puudega inimene, kellel on erivajadused. Nende erivajaduste tõttu vajab puudega inimene oma elu elamiseks rohkem toetust kui enamik inimesi. (Tegevusjuhendaja... 2010: 26)

Psüühiliste erivajadustega on kas vaimupuudega ja/või psüühikahäirega isik, kelle seisund segab oluliselt tema igapäevast elu. Vaimupuue on eluaegne seisund, mis on kaasa sündinud või tekkinud raske haiguse või trauma tagajärjel ning on ravimatu. Psüühikahäire on seisund, mis segab oluliselt isiku igapäevaseid tegevusi. Psüühikahäire erineb vaimupuudest peamiselt selle poolest, et psüühikahäire tekib elu jooksul ning on ravitav. (Riigi tegevus psüühiliste ... 2008: 4)

Vaimupuude diagnoos liigitub psüühikahäirete alla, kuid toetuse planeerimisel käsitletakse vaimupuudega inimesi alati eraldi grupina. Vaimupuude kirjeldamisel kasutatakse Eestis erinevaid mõisteid. Meditsiinisüsteemis on enam levinud sellised mõisted nagu „intellektipuue“ ja „vaimne alaareng“, haridus- ja sotsiaalhoolekande süsteemis on alates 1995. aastast kirjeldatud eelkõige „vaimupuuet“ ja „vaimset puuet“. Termin „vaimupuue“ kasutamist toetavad ka erinevad puuetega inimestega seotud ühendused ja organisatsioonid. (Tegevusjuhendaja... 2010: 46)

Psüühiliste erivajadustega inimeste erinevust näitab asjaolu, et erineva diagnoosiga inimesed vajavad tegevusvõime toetamiseks stimulatsiooni erinevalt. Kui psüühiliselt haiged inimesed vajavad psüühiliste seisundite ärahoidmiseks keskkonnas neutraalsust ja vähest stimulatsiooni, siis vaimupuudega inimestel on nende tegevusvõime toetamiseks stimulatsioon vältimatu. (Probleemse käitumise... 2011: 15)

Psüühikahäirete meditsiinilise käsitlemise ja meditsiiniliste sekkumiste aluseks on rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon – RHK-10. See on kokkuleppeline süsteem, milles klassifitseerimise alusena kasutatakse mõistet psüühikahäire. Iga psüühikahäire on tähistatud koodiga. Häired on jaotatud kümnesse suuremasse gruppi ning koos koodidega nimetatud alljärgnevas tabelis. (Paavel jt 2000/2001: 21-22)

Tabel 1. Rahvusvaheline psüühikahäirete klassifikatsioon (RHK-10/V... 2013).

Kood	Psüühikahäire
F00-F09	Orgaanilised, k.a. sümptomaatilised, psüühikahäired
F10-F19	Psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired
F20-F29	Skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired
F30-F39	Meeleoluhäired
F40-F49	Neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed häired
F50-F59	Füsioloogiliste funktsioonide häirete ja füüsiliste ehk somaatiliste teguritega seotud käitumissündroomid
F60-F69	Täiskasvanu isiksus- ja käitumishäired
F70-F79	Vaimne alaareng
F80-F89	Psühholoogilise arengu häired ehk psüühilise arengu spetsiifilised häired
F90-F98	Tavaliselt lapseas alanud käitumis- ja tundeeluhäired

Psüühikahäired on üsna laialt levinud valdkondades, millega puutuvad kokku sotsiaaltöötajad: vaesus, meditsiinisektor, kriminaal- ja kohtusüsteem, lastekaitse. Seetõttu on väga oluline sotsiaaltöötajate teadlikkus vaimse tervise põhitõdedest. (Mental Health 2008: 223)

Tüüpiliselt mõeldakse erivajadustega inimeste all ratastooli kasutajaid ja mõningaid „klassikalisi“ gruppe nagu pimedad ja kurdid. Aga tervise seisukorrast, isiklikest ja keskkonna teguritest tulenev erivajadus on väga varieeruv. Kuigi erivajadust võrdsustatakse probleemse olukorraga, ei ole erivajadustega inimeste probleemid võrdsed. Näiteks tööturult kõrvalejääjate hulgas on kõige enam vaimse tervise häiretega ja intellektipuudega inimesi. (World Report... 2011: 8) Kuigi psüühiliste erivajadustega inimestel on mõningad sarnasused, on nad pigem mitmekesine, kui ühtne grupp, kuhu kuuluvad erinevate vajadustega isikud (Bigby, Frawley 2010: 2).

Kokkuvõtvalt võib öelda, et psüühilisteks erivajadusteks loetakse vaimupuuet ja psüühikahäiret. Psüühikahäireid liigitatakse meditsiiniliselt rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni alusel. Vaimupuude diagnoos liigitub psüühikahäirete alla, kuid toetuse planeerimisel käsitletakse vaimupuudega inimesi eraldi grupina.

1.1.2. Erihoolekande teoreetilised alused

Psüühiliste erivajadustega inimestesse tuleb suhtuda eelkõige kui isiksustesse oma tavaliste inimlike vajadustega, kuid neile suunatud hoolekandes tuleb arvestada teatud eripäradega.

Psüühikahäiretega inimeste puhul on palju aastaid kasutatud vaid meditsiinilist lähenemist. Meditsiinilise mudeli järgi on psüühikahäired ajast tulenevad haigused, mis mõjutavad inimese käitumist, emotsioone ja funktsioneerimist. Meditsiinilist lähenemist kritiseeriti sümptomite rõhutamise ning inimese laiemate vajaduste tähelepanuta jätmise pärast. Hiljem on jõutud arusaamisele, et psüühikahäire ei ole ainult füüsiline ilming ning psüühikahäiretega inimestega tuleks sotsiaaltöö kontekstis tegeleda biopsühhosotsiaalse mudeli põhjal. (Mental Health 2008: 224)

Biopsühhosotsiaalse lähenemise järgi on iga konkreetne inimene tervik, millel võib eristada kolme omavahel seotud süsteemi või tasandit (Tegevusjuhendaja... 2010: 8-9):

- somaatiline, füüsilis-keemilis-bioloogilise kehaga seonduv, sellest tingitud ja/või tulenev ning ennekõike keha kaudu mõjutatav;
- psüühiline, psüühika ja närvisüsteemiga seonduv, sellest tingitud ja/või tulenev ning ennekõike psüühika kaudu mõjutatav;
- sotsiaalne, sotsiaalse keskkonnaga seonduv, sellest tingitud ja/või tulenev ning ühiskonna kaudu mõjutatav.

Inimene kui tervik tähendab, et kõik mõõtmed toimivad üksteisega koos. Muudatused mis tahes tasandil toovad kaasa muutuse ka teistel tasanditel, lüües inimese kui terviku tasakaalust välja.

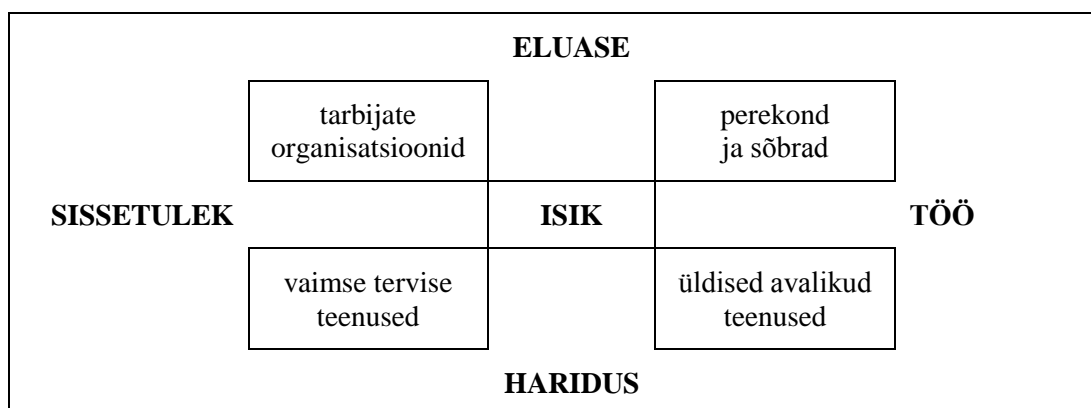
Inimesse kui tervikusse suhtumisest rääkis ka Payne (2011: 10-11) humanistliku inimkäsitluse teooria kontekstis. Inimesega töötamisel tuleb teda võtta tervikuna, mitte keskenduda vaid mõnele aspektile. Inimene on mõjutatud sotsiaalsest keskkonnast ning teda tuleb käsitleda selle osana. Humanistliku lähenemise eesmärgiks on suurendada inimese enda ressursse ning realiseerida igale inimesele omast arengupotentsiaali.

Igal indiviidil on omad tugevused ehk kaitsvad mõjutused ja nõrkused ehk riskid. Biopsühhosotsiaalne lähenemine laiendab tähelepanu indiviidilt ka teda ümbritsevatele

faktoritele, mis võivad nii tekitada kui vähendada probleeme. Biopsühhosotsiaalsel lähenemisel on mitmeid eelseid psüühikahäirete hindamisel. See annab sotsiaaltöötajatele teoreetilise aluse kujutlemaks inimese käitumist mitmel tasandil ja aitab tuvastada indiviidi tugevusi ning neid süvendada ja samas ka vähendada riske. See lähenemine annab tasakaalustatud vaate arvestades indiviide ja keskkonda, kus nad viibivad. (Corcoran, Walsh 2013: 12)

Bakk ja Grunewald (1999: 27) järgi valitseb psüühiliste erivajadustega inimeste hoolekandes kaks üldist suunda: hoolekanne peab olema suunatud isiku enda võimete arendamisele, et ta saaks elada võimalikult iseseisvat elu ja puudega inimene peab saama elada võimalikult normaalset elu koos teiste inimestega ja nendega suhelda.

Üks tunnustatumaid psüühiliste erivajadustega inimeste hoolekandesüsteemide alusmudelitest võeti 1990-ndate aastate alguses kasutusele Kanadas ning hiljem on seda rakendatud ka teistes arenenud riikides. Mudelit on kujutatud alljärgneval joonisel 2. Tervikuna sisaldab mudel erinevaid baaselemente, mida inimesed, sõltumata nende seisundist ja/või eripärast, vajavad ühiskonnas täisväärtusliku elu elamiseks. Mudeli rakendamisel järgitakse peamise printsiibina, et igaühel on õigus eluasemele, sissetulekule, tööle ja õppimisvõimalustele tavayhiskonnas. Selle mudeli kohaselt peavad psüühiliste erivajadustega inimeste probleemid saama lahendatud nõ. üldiste avalike, kõigile inimestele mõeldud teenuste süsteemide kaudu ja spetsialiseerunud teenused rakenduvad alles siis, kui üldistest avalikest teenustest ei piisa. (Paavel jt 2000/2001: 27)



Joonis 2. Psüühiliste erivajadustega inimeste hoolekandesüsteemi alusmudel (Paavel jt 2000/2001: 27).

Kõikide puuetega inimeste kohta kehtib normaliseerimispõhimõte. Iga valiku puhul tuleb puuetega inimeste jaoks leida võimalikult normaalne alternatiiv. Erivajadustega inimestele osutatava hoolekande vormid peaksid võimalikult suures ulatuses moodustama osa ühiskonna üldisest teenuste süsteemist. (Bakk, Grunewald 1999: 27)

Ühiskondades domineerivaid baasilisi väärtuseid ja hoiakuid inimese ning hoolekande suhtes võib koondada sõnapaari: kaasamine – tõrjumine alla. Nimetatud sõnapaariga väljendatakse põhimõttelist küsimust ja orientatsiooni: kas eesmärgiks on võimalikult kõigi ühiskonna liikmete maksimaalne kaasamine ühiskonnaellu või mõnede ühiskonna liikmete kõrvaletõrjumine. (Paavel jt 2000/2001: 35)

Bigby, Frawley (2010: 14) on öelnud, et erivajadustega inimesed tuleks kaasata võimalikult normaalsesse keskkonda ning tõid näitena, kui vaimupuudega lapsed suunata erikoolidesse koos teiste endasarnastega, siis eraldatakse nad tavalistest lastest ning seeläbi kaotavad nad võimaluse õppida normaalseid sotsiaalseid oskusi ja nende puue isegi võimendub.

Käesoleval sajandil on inimeste rehabilitatsioonis esile tõusnud kaks uut ideed – rahulolu ja elukvaliteet. Rehabilitatsiooniprotsessi keskmeks on inimene, kelle füüsilised, emotsionaalsed, intellektuaalsed, sotsiaalsed ja spirituaalsed vajadused püütakse rahuldada integreeritud lähenemisega seades esikohale selle inimese ootused. Kogu rehabilitatsiooniprotsess on suunatud konkreetse inimese tugevuste maksimeerimisele keskendudes pädevustele ja oskustele. Vaimse tervise puuetesse ei suhtuta enam kui kroonilistesse toimetulekut vähendavatesse teguritesse vaid kui inimese elukvaliteeti piiravatesse teguritesse. (Mental Health 2006: 1075-1077)

Kokkuvõtvalt võib öelda, et psüühiliste erivajadustega inimeste hoolekandes on valitsenud mitmed suunad. Algselt käsitleti neid meditsiinilise mudeli alusel, hiljem on kasutusele tulnud biopsühhosotsiaalne lähenemine. Erivajadusega inimeste kohta kehtib normaliseerimispõhimõte ning neid tuleks maksimaalselt kaasata ühiskonnaellu.

1.2. Erihoolekandesüsteem ja -teenused

1.2.1. Erihoolekande areng ja suundumused

Psüühiliste erivajadustega inimesi on ikka olnud ja nende eest on hoolt kantud erinevate instantside poolt. Erihoolekande korraldamine riigi tasandil algas Eestis pea 90 aastat tagasi. Käesolevas alapeatükis antakse ülevaade erihoolekande arengust selle aja jooksul, kirjeldades põhjalikumalt psüühiliste erivajadustega inimestele suunatud hoolekannet taasiseseisvunud Eestis.

Teadmisi arengupuute tegelikest põhjustest hakati saama tänu 1930-ndatel aastatel meditsiinis ja psühholoogias alustatud uuringutele (Bakk, Grunewald 1999: 12). Kuid veel 1960. aastatel olid lääneriikides psüühiliste erivajadustega inimeste peamiseks teenusteks ravimine haiglas ja hooldamine vähem või rohkem suletud asutuses (institutsioonis). Samal ajal hakkas üha enam levima normaliseerimisidee, mille alusel iga inimene peab saama nii kaua kui vähegi võimalik elada maksimaalselt normaalsetes tingimustes. Normaliseerimisidee leviku jätkuna algas deinstitutionaliseerimine, mis tähendas teenuste järk-järgulist väljatoomist suurtest suletud režiimiga hooldusasutustest. (Paavel jt 2000/2001: 26)

Tinglikult võib eristada järgnevaid erihoolekandesüsteemi arenguastmeid (Tegevusjuhendaja... 2010: 7): ravimine haiglas ja hooldamine suletud asutuses, normaliseerimisidee esilekerkimine ja deinstitutionaliseerimine.

1925. aastal vastu võetud Eesti esimene hoolekande seadus pööras tähelepanu ka hoolekande asutustele ja nende arendamisele ning võib tunda rõhuasetust institutsionaalse hoolekande arendamisele. Ligi kahekümne eri institutsiooni hulgas olid näiteks varjupaigad, tökodud, ühistöömajad vigastele ja kurikalduvustega lastele, vigastekodud, vigaste õppetöökojad, ravitsusasutused nõdrameelsetele, varjupaigad nõdrameelsete ja langetõbiste jaoks, töömajad. Kohalike omavalitsuste ülesanded olid täpselt määratud seadusega, mis pani nendele põhikoormuse teenuste korraldamisel ja rahastamisel, v.a riigi rahastatavad teenused. Riigi kohustuseks oli erihoolekande rahastamine: nõdrameelsete ja langetõbiste varjupaikade, raviasutuste jm asutuste ja töömajade ülalpidamine. (Kõre 2005: 25)

Nõukogude võimu ajal oli inimeste sotsiaalprobleemide lahendamine korraldatud riiklikult. Riik püüdis sotsiaalprobleemide olemasolu ühiskonnas varjata. Valdav oli institutsionaalne hoolekanne, mis tõi kaasa puuetega inimeste sulgemise kinnistesse asutustesse. Nõukogudeaegse ühiskonna peamine sotsiaalne printsiip seisnes töökohustuses, mis tõi kaasa kinnise hoolekande domineerimise - täiskasvanud pereliikmed oli tarvis vabastada laste, vanade ja puuetega inimeste hooldamisest määral, et see ei takistaks töölkäimist. (Kõre 1998, viidatud Medar, Medar 2007: 17 vahendusel)

Taasiseseisvunud Eesti esimeseks konkreetseks sammuks kogu psüühilise erivajadusega inimeste hoolekande süsteemi korrastamisel võiks lugeda erihooldekodudesse suunamise peatamist 1998. aastal. Samal aastal viidi spetsiaalse hindamisinstrumendiga läbi erihooldekodudes, kool-kodudes ja psühhiaatriaiglates viibivate psüühikahäiretega inimeste seisundi hindamine. (Paavel jt 2000/2001: 49)

Hindamistulemused kinnitasid hüpoteesi, et kõik hooldekodus olevad inimesed ei vaja ööpäevaringset hooldust. Osa neist vajasisid intensiivset hooldust, aga teised abi ainult mõnel päeval nädalas igapäevaelu toimingutes. 2000. aastal tehtud erihooldekande erialase juhtimisauditi tulemusel töötati välja üheksateenuseline süsteem, mille eesmärgiks oli inimeste vajadustele vastava abi andmine – igapäev toetatakse neis funktsioonides ja valdkondades, milles inimene toetust vajab just nii palju, kui inimene vajab. Samuti oli eesmärk ennetada inimeste sattumist ööpäevaringsele hooldusele ning toetada nende koduses keskkonnas toimetulekut nii kaua kui võimalik. (Tegevusjuhendaja... 2010: 14)

2002. aastal valmis koostöös erinevate ekspertide, professionaalide ja vaimse tervise teenuse tarbijatega „Eesti vaimse tervise poliitika alusdokument“ lähtekohaks riikliku vaimse tervise poliitika väljatöötamisel. Alusdokument tõi välja olulisemad vaimse tervise probleemid ja pakkus nende lahendusteed. Muuhulgas märgiti järgmist: jätkamaks erivajadustega inimeste hoolekandeasutustest välja liikumise protsessi, peab suurenema toetatud teenuste (nt. elamine, õppimine ja töötamine) osakaal, avatud teenuste süsteemide väljatöötamisel on oluline nende võrdne loomine kõigis maakondades ning olemasolev ravi-, hoolekande- ja rehabilitatsioonisüsteem vajab täiustamist lähtuvalt klientide vajadustest. (Eesti vaimse tervise... 2002: 14)

2004. aastal valmis Sotsiaalministeeriumis hoolekandekontseptsioon, mille järgselt minnakse hoolekandeteenuste osutamisel üle subsidiaarsuse põhimõttele: kodanikule abi andmine toimub võimalikult lähedal inimesele ja leiab aset teda ümbritsevas keskkonnas. Sellest tulenevalt võeti psüühilise erivajadusega täiskasvanute hoolekande korraldamisel suund pakkuda inimesele teenuseid oma koduvallas, -linnas või maakonnas. Sellega aidati kaasa ka asutusepõhiselt hoolekandelt üleminekule pere tüüpi, elukeskkonda integreeritud hoolekandeteenusele. (Kaarlõp 2007: 9)

Ülevaate hilisematest riiklikest erihoolekande arengusuundadest annab Sotsiaalministeeriumi poolt 2006. aastal ette valmistatud ja Vabariigi Valitsuse poolt heaks kiidetud „Riiklike erihoolekandetasutuste ja -teenuste reorganiseerimise kava“, mille ühe olulise suunana toodi teenuste mahu suurendamist üle Eesti: hoolekandetasutuste ja teenuste reorganiseerimise kava realiseerumisega tõuseb teenuste kvaliteet, reorganiseerimise tulemusena likvideeritakse erihoolekandeteenuste järjekorrad ning tagatakse kõigile, kes seda vajavad, neile sobilik teenus. Teenust vajavate inimeste arvuks arvestati 7000 inimest. Vastavalt hoolekandekontseptsioonile pidid erihoolekandeteenused jääma ka edaspidi riiklikult finantseeritavateks teenusteks, kuna järeldati, et sihtgrupp on suhteliselt väike ning teenuseid on seetõttu mõttekas arendada ning korraldada riiklikul tasandil. (Kokk, Kurves 2006: 6-7)

Järgmine suurem muudatus erihoolekandes peale üheksa teenuselise süsteemi rakendamist toimus 2007. aastal. 22. veebruaril toimunud Vabariigi Valitsuse istungil otsustati luua riigile kuuluv aktsiaselts (AS) Hoolekandeteenused, et koondada kõik 16 riiklikku erihooldekodu ühtse juhtimise alla. Eelpool nimetatud hooldekodud pakkusid teenuseid suuremale osale – 85 %-le, ööpäevaringse hoolduse teenuse saajatele. Aktsiaseltsi peamise ülesandena nimetati riiklike erihooldusteenuste osutamist ja arendamist. Muudatus viidi läbi eesmärgiga pakkuda iga konkreetse kliendi vajadustele vastavat parima kvaliteediga teenust, luues selleks uued elamistingimused – suured hooldekodud suletakse ning inimesed asuvad elama väiksematesse üksustesse üle Eesti. (Sõmer 2007: 4)

2008. aasta alguses anti erihoolekandeteenuste korraldamine tsentraliseerimise eesmärgil maavalitsustelt üle Sotsiaalkindlustusametile. Sestsaadik on Sotsiaalkindlustusameti ülesandeks psüühiliste erivajadustega inimestele orienteeritud

riikliku hoolekande teenuste kavandamine, korraldamine ja rahastamine ning erihoolekandeteenuste osutamise ja nõuete täitmise üle järelevalve teostamine. (Sotsiaalhoolekande seaduse, puuetega... 2009: 15, 74).

Viimane suurem muudatus erihoolekandes viidi läbi 2008. aastal seadusandluse tasandil seoses mitme uue õigusakti kehtestamisega. Seadusandluse täiendamisel ühtlasi täpsustati ja korrigeeriti kogu erihoolekandesüsteemi elemente ja korraldust. Näiteks kolm ööpäevaringse hoolduse teenuse erivormi liideti üheks ööpäevaringseks erihooldusteenuseks ning rehabilitatsiooniteenust hakati käsitlema eraldiseisva teenusena (Samas: 2). Seega asendus üheksateenuseline süsteem viieteenuselise süsteemiga.

Kokkuvõtvalt võib öelda, et 90 aasta jooksul on erihoolekanne Eestis läbinud kolm peamist arenguetappi nagu mujalgi arenenud riikides. Eriti kiire on areng olnud viimase 20 aasta jooksul, mil pandi alus kaasaegsele erihoolekandele Eestis ja töötati välja tänapäevane teenuste osutamise süsteem. Erivajadustega inimeste hoolekandeesutustest välja liikumiseks tuli suurendada toetavate teenuste osakaalu.

1.2.2. Valdkonda puudutav seadusandlus ja selle lähtekohad

Seadused peavad olema kooskõlas üldtunnustatud inimõiguste põhimõtetega. Kõige kaalukama piirangu asetavad meie tegevusvabadusele rahvusvaheliselt aktsepteeritud suhtumised, normid ja tõekspidamised. Paljudel juhtudel on osutatud normid sätestatud erinevates, ennekõike ÜRO ja Euroopa Nõukogu poolt heaks kiidetud dokumentides. (Paavel jt 2000/2001: 19)

1968. aastal kirjutas vaimupuudega inimesi ja nende pereliikmeid ühendav organisatsioon *Inclusion Europe* vaimupuudega inimeste õiguste deklaratsiooni, mille ÜRO Peaassamblee kinnitas 1971. aastal. Deklaratsioonis on kirjas palju olulisi õigusi: õigus heale meditsiinilisele abile, haridusele ja koolitusele, rehabilitatsioonile ja juhendamisele, majanduslikule turvalisusele, olla kaitstud rõhumise, ärakasutamise ja alandava kohtlemise eest. (Ühendatud Rahvaste... 2005)

ÜRO puuetega inimeste konventsioon võeti peaassambleel vastu 2006. aastal. Eesti Vabariigi president allkirjastas selle 2007. aastal ja Riigikogu ratifitseeris 21. märtsil

2012. aastal. Konventsioon ja selle juurde kuuluv täiendav protokoll annavad kaasaegse mõistmise puuetega inimeste õigustest ja nende kaitsest. Konventsiooni artikkel 26 sätestab muuhulgas, et osalisriigid võtavad tõhusaid ja asjakohaseid meetmeid, et võimaldada puuetega inimestel saavutada ja säilitada maksimaalset iseseisvust, täielikku füüsilist, vaimset, sotsiaalset ja kutsealast võimekust ning täielikku kaasatust ja osalemist kõigis eluvaldkondades. Selle eesmärgi saavutamiseks korraldavad, tugevdavad ja laiendavad osalisriigid igakülgseid habilitatsiooni ja rehabilitatsiooni teenuseid ja programme, mis põhinevad isiku vajaduste ja tugevuste multidistsiplinaarsel hinnangul ning toetavad kogukonnas ja kõigis ühiskonnaelu valdkondades osalemist ja nendesse kaasatust ning on puuetega inimestele kättesaadavad võimalikult lähedal nende elukohale, kaasa arvatud maapiirkondades. (Puuetega inimeste õiguste... 2006)

Eesti Vabariigi Põhiseaduse §28 sätestab muuhulgas, et puuetega inimesed on riigi ja kohalike omavalitsuste erilise hoole all (Eesti Vabariigi põhiseadus 1992). Selle kinnituseks on vastu võetud rida seadusi ja määrusi, eraldatud vahendeid riigi ja kohalike omavalitsuste eelarvetes.

Eestis on sotsiaalhoolekande õigusliku regulatsiooni aluseks sotsiaalhoolekande seadus. See sisaldab endas ka sätteid erivajadustega inimeste kaitseks. (Tavits 2006: 137) Sotsiaalhoolekande seadus sätestab hoolekande põhimõtted, muuhulgas kirjeldab erihoolekandeteenuseid ja reguleerib nende korraldust.

Psüühiliste erivajadustega inimesi puudutavad veel järgmised Eesti Vabariigi õigusaktid:

- puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seadus (sisustab puude mõiste, reguleerib puuetega inimeste sotsiaaltoetustega seonduva: sotsiaaltoetuste liigid, nende saamise tingimused, suurused ning määramise ja maksmise kord);
- perekonnaseadus (eestkoste);
- psühhiaatrilise abi seadus (tahtest olenematu ravi);
- tsiviilkohtumenetluse seadustik (inimese kinnisesse asutusse paigutamine).

Lisaks eelpoolnimetatule reguleerivad erihoolekandevaldkonda erinevad Vabariigi Valitsuse ja Sotsiaalministeeriumi määrused. Kompaktselt ja selgelt annab asjakohase

info Erihoolekandeteenuste teenusstandard, mis sätestab Sotsiaalkindlustusameti poolt osutatava avaliku teenuse miinimumnõuded ja annab ülevaate pakutavatest teenustest, seadustest tulenevatest õigustest ja kohustustest teenuse saamisel/pakkumisel (Erihoolekandeteenuste teenusstandard 2013).

Psüühiliste erivajadustega inimeste õiguste kaitse on oluline element eestkoste, mida reguleerib perekonnaseadus. Kui täisealine ei suuda vaimuhaiguse või psüühikahäire tõttu oma tegudest aru saada või neid juhtida, määrab kohus talle eestkostja. Kui eestkostjaks ei ole võimalik määrata sobivat füüsilist või juriidilist isikut, määratakse eestkostjaks elukohajärgne valla- või linnavalitsus. Eestkostja kaitseb eestkostetava varalisi ja isiklikke õigusi ning huve. Muu hulgas peab eestkostja hoolitsema selle eest, et eestkostetav saaks vajalikul määral ravi- ja sotsiaalteenuseid. (Perekonnaseadus 2009) Palmiste (2011: 13) on märkinud, et kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja üks vastutusrikas ülesanne on seista hea intellektipuude ja psüühikahäirega elanike huvide kaitse eest ning esindada neid elutähtsate otsuste langetamisel.

Kaasaegsed Euroopa ühiskonnad, sealjuures Eesti, peavad oluliseks, et inimestel oleks võimalus inimväärsele elule. Elus võib ette tulla hetki, kus inimene ei suuda iseenda toimetulekut kindlustada. Sellised situatsioonid ohustavad inimese inimväärikust. Inimese võimet rahuldada enda esmavajadusi ja olla iseendaga hakkamasaav ühiskonnaliige võib muuhulgas takistada ka puue. Põhiseaduse normid viitavad, et toimetulekuraskuses inimene ei või jääda üksi. Temaga tuleb olla solidaarne ehk tal on õigus abile ja toetusele. (Henberg, Muller 2012: 8)

Igas valdkonnas tuleb kasuks põhjalik seadusandlus. Seadused peavad olema kooskõlas üldtunnustatud inimõiguste põhimõtetega. Hoolekande lähtekohaks on mitmed rahvusvahelised inimõiguste alased dokumendid. Eestis on hoolekande põhimõtted sätestatud sotsiaalhoolekande seaduses, mille erihoolekandeteenuseid käsitlev osa on väga detailne. Psüühiliste erivajadustega inimesi puudutavad veel paljud teisedki alapeatükis nimetatud Eesti Vabariigi õigusaktid.

1.2.3. Erihoolekandeteenuste põhimõtted, eesmärk ja liigitamine

Igas ühiskonnas on nn tavakodanike kõrval mitmeid erinevaid inimgrupe – sotsiaalne riskirühm või sihtgrupp, kelle ühiseks omaduseks on asjaolu, et inimeste igapäevane toimetulek on mingi teguri tõttu häiritud. Kuna mitmete sotsiaalsete erivajadustega inimgruppide toimetulekuprobleemid on paratamatud, siis probleemide ennetamiseks on oluline luua tingimused, milles erivajadused ei ole takistuseks, st sotsiaalsete sihtgruppide kindlustamine sotsiaalteenustega. (Medar 2002: 27)

Euroopa Sotsiaalharta lepinguosalisena on Eesti võtnud kohustuse edendada või osutada teenuseid, mis sotsiaaltöö meetodite kasutamise abil suurendavad nii üksikisikute kui ka ühiskonnagruppide heaolu ning soodustavad nende arengut ja sotsiaalset kohanemist (Parandatud ja täiendatud Euroopa sotsiaalharta 2000). Nii süsteemide arendamise kui ka teenuste rahastamise eelistused peavad olema rõhuga avatud ja võimalikult iseseisvat toimetulekut soodustavate teenuste poole (Eesti vaimse tervise... 2002: 21).

Iga inimene väärrib püüdlusi tema elukvaliteedi parandamiseks. Elukvaliteet on seotud toimetulekuvõimega – selle tase määrab inimese elukvaliteedi. Toimetulekuprobleemid võivad tekkida kui toimetulekueeldused on puudulikud, nagu näiteks puudujäägid inimese füüsiliste või psüühiliste võimete osas haiguse või puude tõttu. (Medar 2002: 25) Teenused mõjutavad väga mitmel viisil tänapäeva elukvaliteeti ja taset. Teenused ei ole enam lihtsalt teisejärgulist sektorit iseloomustavad elemendid, vaid nad on muutunud hädavajalikuks vahendiks inimeste vajaduste rahuldamisel. (Tooman 2002: 85)

Psüühilise erivajadusega inimeste hoolekandeteenuste loendi koostamisel on oluline arvestada ennekõike kolme teguriga, mis kõik mõjutavad võimalikku teenuste loendit, selle kujundamist, konkreetsust ja selgusastet (Paavel jt 2000/2001: 51):

- erivajadusega inimeste hoolekandeteenused ei ole nõ. omaette nähtused, vaid moodustavad osa suuremast ruumist – avalikest teenustest;
- erivajadusega inimeste hoolekandeteenused on eriti tihedalt seotud neile lähedaste avalike teenuste (tervishoiu-, tööturu- ja haridusteenused) ning nende arengutega;
- erivajadusega inimeste hoolekandeteenuste spetsiifiliseks tunnuseks on asjaolu, et nad on väga tihedasti seotud inimese seisundi ja sellest tingitud vajadustega.

Teenustevõrgu paremaks kujundamiseks on oluline teenuste planeerimisse ja kvaliteedi hindamisse kaasata nii kliente kui professionaale näiteks erialaliitude näol. Psühhiaatriat ja sotsiaalhoolekannet puudutavate otsuste tegemises peavad olema kaasatud patsientide esindused. (Eesti vaimse tervise... 2002: 17) Sotsiaalhoolekannet puudutavate küsimuste lahendamisel tuleb kuulata isiku arvamust (Tavits 2006: 140).

Erihoolekandeteenuste sisu on inimeste toetamine või hooldamine, mis moodustab peamise osa erihoolekande kliendi vajadustest. Kui aga psüühilise erivajadusega inimesel on muu abivajadus, siis osutavad vastavad organid talle abi vastavalt tavapärasele korrale. Näiteks kui erihoolekande klient ei suuda ise oma tegevusi juhtida ja vajab eestkostet, siis seda korraldab kohalik omavalitsus. Kui erihoolekandeteenuseid kasutav inimene vajab teenuseid või toetusi lisaks riiklikule teenusele, siis korraldab nimetatud abi saamist valla- või linnavalitsus. (Tegevusjuhendaja... 2010: 14)

Vastavalt 2008. aastal täiendatud sotsiaalhoolekande seadusele (Sotsiaalhoolekande seadus 1995) on erihoolekandeteenused: igapäevaelu toetamise teenus, töötamise toetamise teenus, toetatud elamise teenus, kogukonnas elamise teenus, ööpäevaringne erihooldusteenus. Teenuste kirjeldused on toodud lisa 1.

Erihoolekandeteenuste kasutajate informatsioon alljärgnevas tabelis 2 annab ülevaate erinevate teenuste kasutamisest ning kasutajate arv näitab põhimõtteliselt, kui paljudel psüühiliste erivajadustega inimestel on võimalik erihoolekandeteenuseid saada.

Tabel 2. Erihoolekandeteenuste kasutajad teenuse liigi järgi 2011. aasta lõpu seisuga (Erihoolekandeteenused 2011 aasta).

Teenuse liik	Kasutajate arv
Igapäevaelu toetamine	1711
Töötamise toetamine	370
Toetatud elamine	518
Kogukonnas elamine	106
Ööpäevaringne erihooldus	1992
Ööpäevaringne erihooldus liitpuudega kliendile	256
Ööpäevaringne erihooldus ebastabiilse remissiooniga kliendile	55
Ööpäevaringne erihooldus kohtumäärusega suunatud kliendile	160
Kokku	4659

Erihoolekandeteenuste eesmärk on inimese iseseisva toimetuleku arendamine ja tegevuste juhendamine. Inimene peaks ise maksimaalselt oma igapäevaelu tegevustesse panustama ning teda juhendatakse ja aidatakse tema vajaduste järgi. (Sotsiaalhoolekande seaduse, puuetega... 2009: 2)

Tavaühiskonnas koduses keskkonnas toimetulekut toetavateks teenusteks loetakse igapäevaelu toetamise teenust, toetatud elamise teenust ja töötamise toetamise teenust. Erihoolekandetasutuses osutatakse kogukonnas elamise teenust ja ööpäevaringset erihooldusteenust. (Tegevusjuhendaja... 2010: 16-17)

Kuna psüühiliste erivajadustega inimestele teenuse osutamise peamine printsiip on toetada inimese toimetulekut tavapärasel elukeskkonnas võimalikult iseseisvalt, siis proovitakse rehabilitatsiooniteenuse ajal, kas isiku toimetulekut on võimalik toetada n-ö toetavate teenuste abil. Kui aga isik ei tule toime toetavatel teenustel, siis võib olla põhjust tema suunamiseks ööpäevaringsele erihooldusteenusele. (Sotsiaalhoolekande seaduse, puuetega... 2009: 11)

Tavapärasel sotsiaaltöö praktikas kombineeritakse vastavalt spetsialistide koostatud rehabilitatsiooniplaanile erinevaid erivajadustega inimesele mõeldud toetavaid teenuseid (Medar, Medar 2007: 85). Reeglina peaksid toetatud elamise kliendid lisaks saama veel igapäevaelu toetamise või töötamise toetamise teenust, et tõsta ja/või säilitada nende toimetulekuvõimet ja -oskusi, iseseisvust ning ära hoida võimalik (tagasi)langus ööpäevaringsele hooldusele (Kokk, Kurves 2006: 5). Paavel jt (2000/2001: 55) on märkinud, et tervishoiu- ja hoolekandesüsteemi ning vastavate teenuste osutamise üldine seaduspärasus on, et millegi ärahoidmine on lõppkokkuvõttes reeglina odavam, kui hilisem suure kõrvalekalde ja/või tagajärgede likvideerimine.

Kokkuvõtvalt võib öelda, et sotsiaalsete riskirühmade jaoks, kellel on toimetulekuraskusi mõne erivajaduse tõttu, tuleb luua tingimused, et erivajadused ei oleks takistuseks ehk pakkuda sobivaid sotsiaalteenuseid. Psüühiliste erivajadustega inimestele suunatud erihoolekandeteenuste eesmärk on inimese iseseisva toimetuleku arendamine ja tegevuste juhendamine. Vastavalt inimese toimetuleku astmele jagatakse erihoolekandeteenused toetavateks teenusteks ja erihoolekandetasutuses osutatavateks teenusteks.

1.3. Erihoolekandeteenuste korraldus, kättesaadavus ja arenguvajadused

1.3.1. Erihoolekandeteenuste taotlemine, rahastamine ja osutamine

Erihoolekandeteenused on suunatud täisealistele isikutele v.a ainult dementsuse diagnoosiga vanaduspensioniealistele isikutele, kellel on raskest, sügavast või püsivast psüühikahäirest tulenevalt välja kujunenud suurem kõrvalabi, juhendamise või ka järelevalve vajadus ning kes vajavad toimetulekuks professionaalset kõrvalabi (Erihoolekandeteenused 2013).

Erihoolekandeteenustele suunamist korraldab Sotsiaalkindlustusamet, kus on tööle võetud juhtumikorraldajad, kelle ülesandeks on informeerida klienti teenusele saamise võimaluste osas ning toetada teda kogu teenusele suunamise protsessi ulatuses. Üldjuhul peab erihoolekandeteenuse taotlejal olema koostatud rehabilitatsiooniplaan, milles on märgitud ka soovitud erihoolekandeteenuste osas. Igapäevaelu toetamise teenusele suunamiseks piisab eriarsti saatekirjast, kohtumääruse alusel ööpäevaringsele erihooldusteenusele asumiseks teeb kohus vastavasisulise otsuse. (Sotsiaalhoolekande seaduse, puuetega... 2009: 4)

Kui isikul on olemas kehtiv rehabilitatsiooniplaan, esitab ta erihoolekandeteenusele suunamiseks taotluse koos taotlusel märgitud dokumentidega juhtumikorraldajale elukohajärgses Sotsiaalkindlustusameti büroos (Erihoolekandeteenused 2013). Juhtumikorraldaja väljastab erihoolekandeteenust saama õigustatud isikule erihoolekandeteenuse osutamise otsuse. Koos erihoolekandeteenuse osutamise otsusega väljastatakse suunamisotsus juhul, kui riigieelarves on olemas rahalised vahendid isikule erihoolekandeteenuse osutamiseks ja teenuse osutajal, kelle juurde isik soovib teenust saada minna, on olemas vaba koht. Kohtumäärusega hoolekandetasutusse paigutatud isikule väljastab juhtumikorraldaja suunamisotsuse viivitamata pärast kohtumääruse jõustumist või viivitamata täitmiseks tunnistamist. Kui riigieelarves ei ole piisavalt rahalisi vahendeid või teenuse osutaja juures, kelle juurde isik soovib teenusele minna, ei ole vaba kohta, võetakse isik taotletud teenuse järjekorda. (Erihoolekandeteenuste teenusstandard 2011: 2-4)

Erihooldusteenustele õigustatud isikutele osutatavat teenust rahastatakse riigieelarvest, teenusele õigustatud isiku poolt ja igapäevaelu toetamise teenuse puhul kohaliku omavalitsuse poolt. Kogukonnas elamise teenuse ja ööpäevaringse erihooldusteenuse puhul peab inimene ise toidu ja majutuse eest maksma, teenuse sisulise osutamisega seotud kulud tasutakse riigieelarvest. Isiku ja riigi tasutavad kulukomponendid kehtestatakse Vabariigi Valitsuse määrusega. (Sotsiaalhoolekande seaduse, puuetega... 2009: 14-15)

Iga-aastase riigieelarve seadusega eraldatakse erihoolekandeteenuste osutamiseks rahalised vahendid Sotsiaalkindlustusameti eelarves, mille lähtuvalt riigieelarve seadusest liigendab sotsiaalminister (Samas :16). Erihoolekandeteenuste maksimaalsed maksumused sätestatakse Vabariigi Valitsuse määrusega ning on toodud alljärgnevas tabelis 3.

Tabel 3. Erihoolekandeteenuste maksimaalsed maksumused kalendrikuus 2013. a (Vabariigi Valitsuse 29. jaanuari 2009. a määruse... 2013).

Teenuse nimetus	Maksumus eurodes
Igapäevaelu toetamise teenus	92,03
Töötamise toetamise teenus	75,52
Toetatud elamise teenus	143,29
Kogukonnas elamise teenus	237,10
Ööpäevaringne erihooldusteenus	396,29
Ööpäevaringne erihooldusteenus liitpuudega kliendile, ööpäevaringne erihooldusteenus ebastabiilse remissiooniga kliendile	585,22
Ööpäevaringne erihooldusteenus kohtumäärusega suunatud kliendile	557,19

Sotsiaalhoolekande seaduses nimetatud erihoolekandeteenuseid võib osutada füüsilisest isikust ettevõtja, juriidiline isik, kohalik omavalitsus ja riik täidesaatva riigivõimu asutuste kaudu, kui isik või asutus vastab seadusega kehtestatud nõuetele ning tal on tegevusluba vastava teenuse osutamiseks (Sotsiaalhoolekande seadus 1995).

Erihoolekandeteenuse osutajal peab olema iga teenuse osutamiseks tegevusluba, mille väljastab Sotsiaalkindlustusamet. Tegevusloa omamine näitab teenuse osutaja vastavust nii tervisekaitse kui ka tuleohutusnõuetele, piisavat arvu vastava väljaõppega töötajaid jne. (Tegevusjuhendaja... 2010: 15)

Seaduste ja määrustega on paika pandud teenuste raamistik ning miinimumnõuded, mis tuleb erihoolekandeteenuse osutamisel kliendile tagada. Teenuse osutaja ülesandeks on need nõuded sisustada ning korraldada teenuse osutamine üldisel tasandil ja ka iga üksikjuhtumi korral. (Mändmaa 2011: 22)

Erihoolekandeteenuste osutajate nimekiri on leitav Sotsiaalkindlustusameti kodulehelt. Teenuse osutajad Harjumaal (v.a Tallinn) on toodud käesoleva töö lisa 2. Lähtuvalt Sotsiaalkindlustusameti andmetest (Erihoolekande teenuste osutajad 2013) on tegevusluba kuuel omavalitsusel, kes osutavad toetavaid teenuseid päevakeskuse baasil: Anija Vallavalitsus, Keila Linnavalitsus, Kuusalu Vallavalitsus, Saku Vallavalitsus, Kose Vallavalitsus ja Vasalemma Vallavalitsus.

Päevakeskus võib olla kas omaette asutus või asuda hooldekodu juures. Päevakeskus pakub korrapäraseid tegevusi: treeningut, aktiivset tegevust ja igapäevast koosolemist. Arengupuudega inimene saab kasutada oma teadmisi ja oskusi, mis läbi tekib võimalus muutuda iseseisvamaks ja ümbruskonnast vähem sõltuvaks. (Bakk, Grunewald 1999: 208-209)

Harjumaal paikneb viis AS-le Hoolekandeteenused kuuluvat erihooldekodu, millest küll kaks – Ravila ja Kernu, on reorganiseerimise tõttu lähiajal plaanis sulgeda. Peamiselt osutatakse neis ööpäevaringset erihooldusteenust ning osadele klientidele ka toetavaid teenuseid. Vääna-Viti Kodus osutatakse kogukonnas elamise teenust.

AS Hoolekandeteenused on 100 % riigile kuuluv äriühing, mille põhitegevusalaks on psüühiliste erivajadustega täiskasvanud inimestele hoolekandeteenuste pakkumine. Tegeletakse ka kinnisvara arenduse ja haldamisega ning muu majandustegevusega, mis on seotud hoolekandelise tegevusega. AS Hoolekandeteenused ehitab erihooldekodude reorganiseerimise projekti raames kaasaegsed uued elupaigad erivajadusega inimestele 11-sse Eestimaa paika sealhulgas Harjumaal Vääna-Vitis. Kokku on planeeritud 55 kümnekohalist peremaja. Projekti rahastab 85% ulatuses Euroopa Regionaalarengu Fond ja ülejäänud osas Eesti riik. Uute tänapäevaste teenusekohtade valmides amortiseerunud ja kaasaegse erihoolekandeteenuse osutamiseks ebasobivad erihooldekodud suletakse. Ravilas ja Kernus asuvate erihooldekodude sulgemine toimub järk-järgult paralleelselt uute peremajade avamisega. (Üldinfo 2013)

Sotsiaalkindlustusametist on tegevusluba väljastatud ka kahele mittetulundussektori teenuseosutajale: SA Haraka Kodu ja MTÜ Paunküla Hooldekeskus.

SA Haraka Kodu asutati peaesmärgiga luua intellekti- ja liitpuudega noorte kodu. Idee rajanes teadmisel, kui Salu koolis (raske ja sügava vaimupuudega laste õppeasutus Harjumaal) õppivad lapsed kooli lõpetavad, on tarvis neile tagada ka edasine õpe ja võimalused täisväärtuslikuks eluks. Haraka Koduta oleks neil noortel peale kooli lõpetamist kaks alternatiivi – koju tagasi või hooldekodusse. Esimene variant nõuaks vanematelt oma tööst loobumist ja koju jäämist, hooldekodus aga ununeksid koolis omandatud oskused ja teadmised ning areng peatuks. Haraka Kodu pakub neile noortele spetsiaalseid tingimusi elamiseks ja ka edasiseks arenguks. (Haraka Kodu 2013)

MTÜ Paunküla Hooldekeskuse tegevuse põhisuundadeks on vanurite ja puuetega isikute ööpäevaringne eale ja seisundile vastav hooldamine, sealhulgas põetamine, tugiteenused ja tervishoiuteenuste organiseerimine pere- ja eriarstide tasandil. Erihoolekandeteenustest osutatakse ööpäevaringset erihooldusteenust, toetatud elamise teenust ja igapäevaelu toetamise teenust. (Paunküla Hooldekeskus 2013)

Kaasaegses ühiskonnas on tavaline, et inimene kasvab üles oma kodus ja lahkub sealt 20-25 aastasel. Paljud arengupuudega noored jäävad aga vanemate juurde koju elama. Kui vanemad enam ei jaksa nende eest hoolt kanda, siis hooldekodu on tavaliselt ainuke alternatiiv. Selline asjade käik on raske läbielamine nii arengupuudega inimesele kui tema vanematele. (Bakk, Grunewald 1999: 225)

Hooldekodus viibimise otseseks tagajärjeks on stimuleerimise ja individuaalse hooldamise puudumine. Hoolekandetasutus tähendab suurt ratsionaliseerimist: toit valmistatakse tsentraalselt, sisustus on standardiseeritud ja väike arv hooldajaid peab hoolitsema suure hulga puuetega inimeste eest. Suund on võetud funktsioonile, mitte inimesele. Kui personalil ei ole võimalust hooldamist vastavalt inimese vajadustele kohandada, siis selline konveiermeetod viib dehumaniseerimiseni. (Samas: 229-230)

Kokkuvõtvalt võib öelda, et erihoolekandeteenuseid korraldab Sotsiaalkindlustusamet ning teenuseid rahastatakse peamiselt riigieelarvest. Sotsiaalkindlustusametis töötavatel juhtumikorraldajatel on oluline roll teenustele saamise protsessis. Teenuseid võib

osutada füüsiline või juriidiline isik, kohalik omavalitsus ja riik täidesaatva riigivõimu asutuste kaudu. Omavalitsused osutavad peamiselt toetavaid erihoolekandeteenuseid päevakeskuste baasil ning riigile kuuluva AS Hoolekandeteenused kodudes osutatakse ööpäevaringset erihooldusteenust.

1.3.2. Erihoolekandeteenuste kättesaadavuse ja arenguvajaduste käsitletud

Teenuste arendamisel tuleb läbi mõelda korralduslik pool ja finantseerimine, et tagada inimestele vajalike teenuste kättesaadavus. Peamiselt on uuritud ühiselt kõikide puuetega inimeste gruppide toimetulekut ja nendele mõeldud teenuseid. Spetsiaalselt psüühiliste erivajadustega inimestele suunatud teenuseid eriti käsitletud ei ole.

Iga riigi ja omavalitsuse ees seisab küsimus, kuidas delegeerida vastutust ja kuidas korraldada sotsiaalteenuste pakkumist – kas pakkuda teenust ise, omades vastavaid spetsialiste ja allasutusi või liikuda teenuste pakkumisel turu suunas (Medar 2002: 13). Euroopas lähtutakse hoolekandeteenuste arendamisel põhimõttest, et teenuste osutamist on otstarbekas korraldada inimesele kõige lähemal tasandil, mis tähendab eelkõige kohaliku omavalitsuse peamist rolli teenuste osutamisel. Vajadus teenuste mahu suurendamise ja struktuuri mitmekesistamise järele kasvab pidevalt, kuid omavalitsuste võimalused ei suurene. Omavalitsus vajab sotsiaalteenuste osutamise käivitamiseks tõsist riigipoolset toetamist. (Medar, Medar 2007: 67)

Kõre (2007: 33) on märkinud, et Eesti sotsiaaltöö sisu määrab ära kohalik tasand, omavalitsustegelaste arusaamad. Need arusaamad on väga erinevad, ulatudes toetamisest mittemõistmiseni.

Poliitikauuringute keskuse Praxis teostatud Eesti sotsiaalkaitse süsteemi korralduse analüüsis tuuakse välja, et erinevalt teistest sotsiaalkaitseasutustest, kus rahamahukate teenuste puhul sõlmitakse leping parimate pakkujatega, on Sotsiaalkindlustusameti vahendusel riigi poolt rahastatavate teenuste osutamisele õigus kõigil teenusepakkujatel, kes vastavad sotsiaalhoolekande seaduses ja halduskoostöö seaduses nimetatud objektiivsetele kriteeriumitele ning kelle tegevuse suhtes ei ole ametil varasema koostöö raames kaebusi olnud. Erihoolekandeteenuseid võivad osutada eraõiguslikud juriidilised

isikud, kohalike omavalitsuste administreeritavad asutused ja riigi hallatavad asutused. (Eesti sotsiaalkaitse süsteemi... 2011: 58)

2006. aastal Sotsiaalministeeriumi koostatud „Riiklike erihoolekandeesutuste- ja teenuste reorganiseerimise kava“ tõi välja erihoolekandeteenuste mahtude prognoosi ja eesmärgi, mille kohaselt viiakse teenuse pakkumine kooskõlla vajadustega 2011. aastaks. Märgiti, et reorganiseerimise tulemusena likvideeritakse järjekorrad ning tagatakse kõigile, kes seda vajavad, just neile sobilik teenus. Erihoolekandeteenuste reformimist kavandati selliselt, et nad muutuksid kvaliteetsemaks ja tulemuslikumaks. (Kokk, Kurves 2006: 6-7)

2007. aastal viis Riigikontroll läbi auditi riigi tegevuse kohta psüühiliste erivajadustega isikute riikliku hoolekande korraldamisel, mille eesmärgiks oli hinnata psüühiliste erivajadustega inimeste hoolekande tõhusust. Auditeerimise tulemusena jõudis Riigikontroll järgmistele järeldustele (Riigi tegevus psüühiliste... 2008: 1-2):

- kõik psüühiliste erivajadustega isikud ei saa vajaduse korral hoolekandeteenuseid;
- riik ei suuda tagada teenuste kvaliteetset osutamist ning teenuseid pakutakse erineva tasemega;
- teenuse halva kättesaadavuse peamine põhjus on teenuste ebapiisav rahastamine;
- teenuste osutamise hinnad ei ole tegelike kuludega vastavuses.

Muuhulgas toodi välja, et osa hoolekandeteenuseid on puudu või vajaksid laiendamist. Probleemid teenuste kättesaadavusel on toonud kaasa olukorra, et teenuse saamiseks on isikud pikalt järjekorras või nende eest hoolitsevad lähedased. Vajaliku teenuse nappuse tõttu toetatakse osa isikutest nende teenustega, mis on parasjagu kättesaadavad, kuid nende vajadustele mitte vastavad.

2011. aastal alustas erinevatest ekspertidest moodustatud grupp ülevaate koostamist täiskasvanud elanikkonnale suunatud vaimse tervise teenuste ampluaast ja arenguvajadustest Eestis. 2012. aastal valminud aruandes toodi välja ka mitmeid probleeme seoses erihoolekandeteenustega. Muuhulgas nimetati, et ligipääs erihoolekandeteenustele on piirkonniti ebahütlane ning sihtgrupiti ei ole teenused kõigile tagatud. (Vaimse tervise teenuste... 2012: 46) Arenguvajadusi nähti nii olemasolevate teenuste osas kui uute teenuste loomise näol. Ülevaates märgiti, et

erihoolekandeteenuste arendustegevust on juhtinud Sotsiaalministeerium. Kuid seni läbiviidud arendusprojektidesse ei ole vajalikul määral kaasatud Sotsiaalkindlustusametit, kes valdab olulist informatsiooni erihoolekande probleemidest. (Vaimse tervise teenuste... 2012: 55) Mitmed nimetatud ülevaates kirjeldatud probleemid ühtivad Riigikontrolli 2007. aasta auditi aruandes toodutega.

Kõige võimsam sotsiaalpoliitiliste eelistuste rahastamise mõjutaja on ühiskonna käsutuses oleva raha kogumass. Kuigi ka ühe konkreetse elanikkonna grupi heaks eraldatud raha saab kasutada erineval viisil ja erinevate printsiipide alusel, võib üldise juhtiva suundumusena välja tuua püüdluse – teha sama raha eest rohkem. Niisugusel püüdlusel on kaks omavahel seotud aspekti ja/või eesmärki: aidata võimalikult paljusid konkreetsetesse gruppide kuuluvaid inimesi ja anda konkreetsele inimesele võimalikult kvaliteetne teenus. Kui konkreetsele elanikkonna grupile eraldatud raha maht ei muutu, jääb mõlema eesmärgi saavutamiseks alles kolm põhimõttelist tegevussuunda: vähendada kallite teenuste osakaalu, kujundada rohkem väiksemamahulisi teenuseid ja hinnata võimalikult täpselt inimeste vajadusi. (Paavel jt 2000/2001: 17-18)

Teoreetiliselt on erihoolekandeteenuste kättesaadavuseks loodud head eeldused. Teenuste osutamise võimalus on antud mitmetele instantsidele ning kohalike omavalitsuste kaudu võiksid psüühiliste erivajadustega inimesed saada toetavaid erihoolekandeteenuseid kodule lähedal. Sotsiaalministeeriumi 2006. aasta kava kohaselt võeti suund erihoolekandetasutuste ja -teenuste reorganiseerimisele ja arendamisele arvestades inimeste vajadusi ning koduläheduse printsiipi ning seati eesmärk kaotada 2011. aastaks järjekorrad teenustele saamiseks. 2007. aastal läbiviidud Riigikontrolli audit leidis mitmeid vajakajäämisi ja probleeme nii erihoolekandeteenuste kättesaadavuse kui kvaliteedi osas. 2011. aastal kaardistati vaimse tervise teenuste olukorda erinevate ekspertide hinnangul. Arvestades Sotsiaalministeeriumi kava koostamisest ja Riigikontrolli auditist möödunud aega, oleks vaja läbi viia ajakohane uuring selgitamaks erihoolekandeteenuste kättesaadavust ja arenguvajadusi.

2. UURIMUS ERIHOOLEKANDETEENUSTE KÄTTESAADAVUSEST JA ARENGUVAJADUSTEST

Lõputöö uurimuse osas antakse ülevaade erihoolekandeteenuste kättesaadavusest ja arenguvajadustest Harjumaal. Käesoleva peatüki esimeses alapeatükis antakse ülevaade uurimuse eesmärgist ja püstitatud uurimisküsimustest. Teises alapeatükis kirjeldatakse uurimuse läbiviimist, uurimismeetodit ja valimit. Kolmandas alapeatükis analüüsitakse uurimistulemusi ning neljandas alapeatükis esitatakse autori järeldused ja ettepanekud.

2.1. Uurimuse eesmärk, uurimisküsimused ja uurimispiirkond

Erihoolekandeteenused on psüühiliste erivajadustega inimeste iseseisva toimetuleku arendamiseks ja tegevuste juhendamiseks. Vastavalt teoreetilises ülevaates toodud erihoolekande printsiipidele peaksid inimesed saama vajalikku abi ja teenuseid oma kodukohas, et oleks tagatud nende iseseisev toimetulek ja täisväärtuslik elu.

Käesoleva uurimuse eesmärk on välja selgitada erihoolekandeteenuste võimalused, probleemid ja arenguvajadused Harjumaal.

Eesmärgist lähtuvalt otsitakse vastuseid järgmistele uurimisküsimustele:

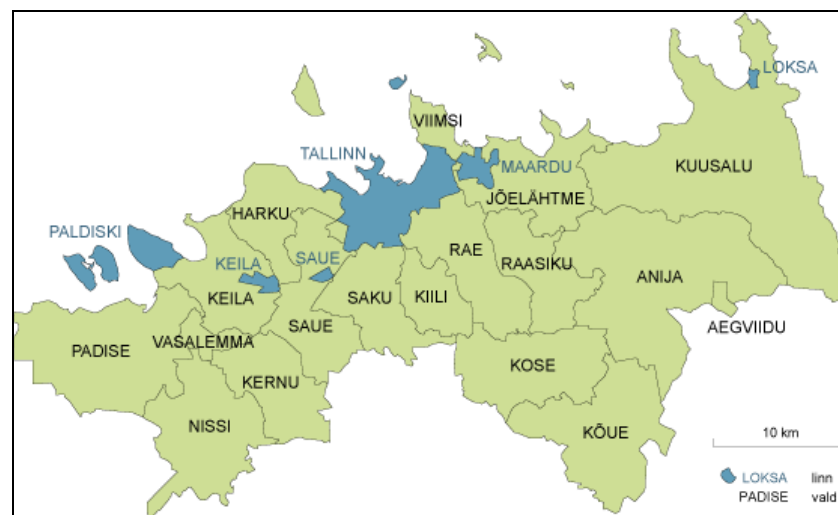
- milline on kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöö spetsialistide teadlikkus erihoolekandeteenustest ja psüühiliste erivajadustega inimestest;
- millised on erihoolekandeteenuste võimalused kohalikes omavalitsustes;
- millised on hinnangud erihoolekandeteenuste kättesaadavusele;
- millised on hinnangud erihoolekandeteenustele ja nende arendamise vajadustele;
- millised on riskid vajalikest erihoolekandeteenustest ilmajäämise korral.

Uurimisküsimustele vastuste saamiseks intervjueritakse psüühiliste erivajadustega inimestega kokku puutuvaid spetsialiste Harjumaal. Seejärel liigendatakse ja

analüüsitakse saadud andmeid. Uurimisandmete analüüsile baseerudes tehakse järeldused ja ettepanekud.

Autor peab oluliseks uurimistulemuste põhjal esile tõsta erihoolekandeteenuste kättesaadavuse probleemi. Sellest tulenevalt on vaja välja selgitada kitsaskohad ja probleemid seoses erihoolekandeteenustega ja uurida vajadusi teenuste arendamiseks, et kaasa aidata psüühiliste erivajadustega inimeste toimetulekule ja elukvaliteedi tõstmisele.

Viimaste aastate trendide ja regionaalpoliitika põhjal võib väita, et järjest rohkem Eesti rahvastikust koondub Harjumaale. Seda enam oleks vaja uurida nimetatud piirkonna võimalusi ja vajadusi ka erihoolekandeteenuste kättesaadavuse ja arendamise osas. Ülevaate Harjumaa haldusjaotusest annab alljärgnev joonis 3.



Joonis 3. Harjumaa omavalitsusüksused (Harju maakond 2013).

Harju maakond on rahvaarvult – 562 566 inimest, Eesti suurim ja pindalalt teine maakond. Harju maakonnas on 24 omavalitsusüksust: 6 linna ja 18 valda. Maakonna administratiivne keskus on Eesti pealinn Tallinn. (Harju maakond 2013)

Rahvaarvu ja majanduslike võimaluste poolest erineb Tallinna linn märgatavalt teistest Harjumaa omavalitsusüksustest. Autor eeldas, et lähtuvalt suurematest ressurssidest ja logistikast on Tallinna võimalused sotsiaalteenuste osas teistest omavalitsusüksustest laialdasemad. Soovist anda objektiivsemat ülevaadet olukorrast Harjumaal jäeti Tallinn uuringust välja.

Käesoleva töö lisa 3 on ülevaade Harju maakonna (v.a Tallinn) elanikest omavalitsusüksuste lõikes. Ülevaade näitab elanike arvu, sealhulgas psüühikahäirega inimeste arvu. Ametkondadel puuduvad andmed kõikide psüühiliste erivajadustega inimeste kohta Harjumaal. Sotsiaalkindlustusamet saab anda isikute arvu, kellel psüühikahäire on põhjustanud püsiva töövõimetuse või puude raskusastme. Siiski näitab see abivajajate hulka ning potentsiaalsete erihoolekandeteenuste taotlejate hulka.

2.2. Uurimuse läbiviimine, metoodika ja valim

Uurimus viidi läbi kvalitatiivse uurimismeetodiga. Uurimus sisaldas 17 poolstruktureeritud intervjuud kahe sihtrühmaga: Harjumaal kohalike omavalitsuste sotsiaaltöö spetsialistid ja eksperdid.

Kvalitatiivse uurimuse puhul on intervjuerimine üks peamistest andmekogumise meetoditest. Klassikaline intervjuerimine koosneb respondentidega üksikhaaval ühest näost-näkkude kohtumisest. Avatud dialoogi käigus vastatakse ettevalmistatud küsimustekomplektile. Intervjuudes keskendutakse osalejate individuaalsetele kogemustele. Intervjuud salvestatakse ja transkribeeritakse andmete analüüsimiseks. (Flick 2007: 78-79)

Intervjuu küsimused koostati kahele sihtrühmale. Mõlemat sihtrühma küsitleti teenuste kättesaadavuse ja arenguvajaduste osas. Kohalike omavalitsuste sotsiaaltöö spetsialiste küsitleti põhjalikumalt, sest sooviti lisaks koguda informatsiooni sealsetest võimalustest. Spetsialistidele mõeldud küsimusi oli kokku 22, mis jagunesid viieks teemaks (vt lisa 4). Ekspertidena kaasati Sotsiaalkindlustusameti juhtumikorraldaja ja teenuse osutajad. Juhtumikorraldajale mõeldud küsimusi (vt lisa 5) oli 12. Sama palju oli küsimusi ka teenuse osutajatele (vt lisa 6).

Individuaalsed intervjuud respondentidega viidi läbi nende töökohas ajavahemikul 12.-25.03.2013. Valdkonna juhid vastasid küsimustele ise või suunasid vastava spetsialisti juurde. Eelnevalt pöörduiti elektronposti kaudu Harjumaal kohalike omavalitsuste sotsiaalvaldkonna juhtide (sotsiaalnõunikud või osakonna juhatajad) poole kutsega osaleda uuringus. Täiendavalt osutus vajalikuks ka telefoni teel pöördumine. Ekspertidega kontakteeruti telefoni teel.

Kohtumised toimusid Harjumaa erinevates omavalitsusüksustes, teenuseid osutavates asutustes ning Sotsiaalkindlustusameti Tallinna büroos. Kohtumise alguses tutvustati töö autori tausta ning selgitati uurimuse teemavalikut ja eesmärke.

Kõik intervjuud salvestati vastajate nõusolekul ning hiljem transkribeeriti. Intervjuud viidi läbi eelnevalt koostatud küsimuste alusel. Kasutati poolstruktureeritud intervjuud, mis andis võimalusi esitada täiendavaid küsimusi ning muuta küsimuste järjekorda lähtuvalt respondentide vastustest. Keskmine intervjuu pikkus oli 27 minutit. Pikim intervjuu kestis 56 minutit, lühim 15 minutit. Tulenevalt küsimuste arvust olid intervjuud ekspertidega lühiajalisemad.

Uurimisandmete analüüsimiseks kasutati temaatilist analüüsi, kus intervjuude tekstid jagati teemade ning omakorda alateemade kaupa osadeks. Iga intervjuu vaadati läbi eesmärgiga leida antud alateema kohta materjali ka teiste teemade juurest.

Respondentide konfidentsiaalsuse huvides omistati igale vastajale individuaalne kood ning respondentide tsiteerimisel kasutatakse töös viitamissüsteemi, kus tähekombinatsioon näitab, kas intervjuueeritav oli sotsiaaltöö spetsialist (SS), teenuse osutaja (TO) või juhtumikorraldaja (JK) ning tähele järgnev number näitab intervjuueeritava järjekorda vastavas rühmas. Kuna juhtumikorraldaja oli ainuke, siis tema kood numbrit ei sisalda.

Intervjuudest näidetena toodud tsitaadid on esitatud kursiivkirjas. Tsitaatide järel on kahe kaldkriipsu vahel respondenti tähistav kood. Tsitaatidest on välja jäetud lauseid või nende osasid, et tekstilõigu mõte oleks lühemalt ja selgemalt edastatud. Välja jäetud osa on tähistatud märgiga /.../

Küsitluse läbiviimiseks kasutati sihtgrupivalimit. Valim sõltub uurimuse eesmärgist. Tavaliselt üritatakse leida sarnaste omadustega või kogemustega inimeste gruppi. Laiema ülevaate saamiseks otsitakse ka spetsiifilisi juhtumeid või inimesi. (Flick 2007: 80)

Valim jagunes kaheks: kohalike omavalitsuste sotsiaaltöö spetsialistid ning eksperdid. Valimi moodustasid uuringus osalemiseks nõusoleku andnud sotsiaaltöö spetsialistid (kokku 13), kolm teenuseosutajat ja üks juhtumikorraldaja. Üldkogumi moodustasid

Harjumaa kohalike omavalitsuste sotsiaaltöötajad, teenuse osutajad ja juhtumikorraldajad.

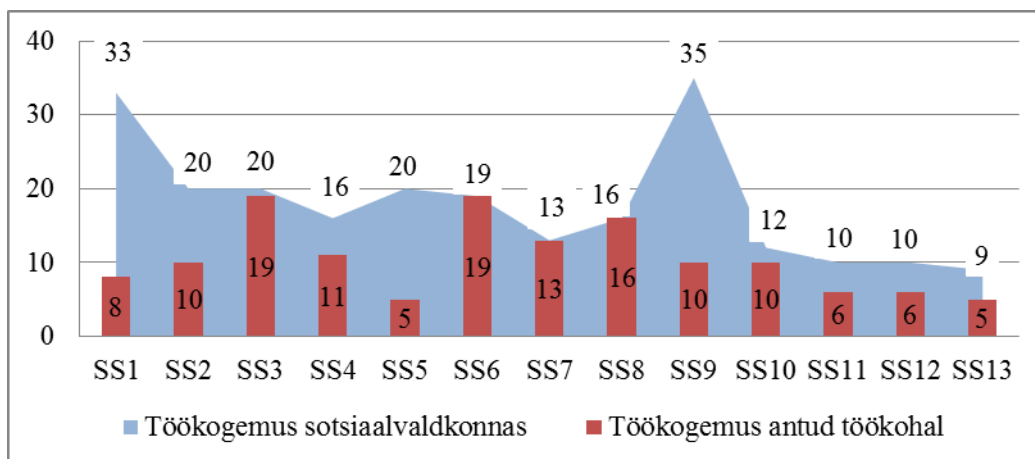
Kohalikud omavalitsused on esmatasandi sotsiaalhoolekande osutajad ning sealsete sotsiaaltöö spetsialistide poole pöörduvad ka erivajadustega inimesed või nende lähedased. Kui psüühiliste erivajadustega inimesed riiklikke erihoolekandeteenuseid ei saa või on nende ootejärjekorras, siis peavad kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöö spetsialistid leidma abi ja alternatiivseid lahendusi.

Kuna erihoolekandeteenused on korraldatud ja rahastatud riigi poolt, siis eksperthinnangu ja konkreetsete andmete saamiseks teenuste olukorrast intervjueriti Sotsiaalkindlustusameti juhtumikorraldajat. Uuringusse kaasati ekspertidena ka erihoolekandeteenuste osutajad täiendava informatsiooni ja mitmekülgsema ülevaate saamiseks.

Sotsiaalkindlustusametis töötavate juhtumikorraldajate ülesanne on informeerida inimest teenuse saamise võimalustest (sh protsess, vajaminevad dokumendid). Juhtumikorraldajate töö eesmärk on toetada inimest kogu erihoolekandeteenustega seotud asjaajamises. Pöörduda võib ka kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja poole, kes selgitab, mida peab tegema, et sobivat teenust saada. (Erihoolekandeteenused 2013)

Nagu uuringu läbiviimise osas kirjeldatud, pöörduiti Harjumaa (v.a Tallinn) kohalike omavalitsuste sotsiaalvaldkonna juhtide poole. Mitmekülgse ülevaate saamiseks lähtuti põhimõttest, et esindatud oleksid nii linnad kui vallad ning omavalitsusüksused erineksid rahvaarvult, territooriumilt ja asukohalt (Tallinna külje all ja kaugemal asuvad). Alljärgnev valimi kirjeldus hõlmab Harjumaa omavalitsuste sotsiaaltöö spetsialiste, kes analüüsis on tähistatud SS 1-13.

Igast omavalitsusest vastas küsitlusele üks sotsiaaltöötaja. Enamus respondente olid sotsiaalvaldkonna juhid (10) ja kolm olid spetsialiseerunud tööle erivajadusega inimestega. Kõigil küsitletutel oli kõrgharidus – sotsiaaltöö (12) ja noorsootöö (1). Ülevaate respondentide töökogemusest annab järgnev joonis 4.



Joonis 4. Sotsiaaltöö spetsialistide töökogemus aastates (autori koostatud).

Teenuse osutajate valikul lähtuti põhimõttest, et esindatud oleks üks kohaliku omavalitsuse teenuse osutaja, üks AS Hoolekandeteenused kodu ja üks mittetulundussektori ettevõtte. Uurimistulemuste analüüsis on nad tähistatud TO 1-3.

Uuringu läbiviimise ajal oli Sotsiaalkindlustusametis Harjumaa piirkonnaga tegelev üks juhtumikorraldaja, kes on uurimistulemuste analüüsis tähistatud JK.

Uurimuse kavandamisel lähtuti soovist saada võimalikult laialdane ülevaade erihoolekandeteenuste olukorrast Harjumaaal. Sellest tulenevalt valiti uurimuse läbiviimiseks kvalitatiivne meetod poolstruktureeritud intervjuudega ning respondentidena nii sotsiaaltöö spetsialistid kui eksperdid.

2.3. Uurimisandmete analüüs ja uurimistulemused

2.3.1. Sotsiaaltöö spetsialistide teadlikkus erihoolekandeteenustest ja psüühiliste erivajadustega inimestest

Käesolevas alapeatükis analüüsitakse sotsiaaltöötajate teadlikkust oma piirkonna psüühiliste erivajadustega inimestest ja informeeritust erihoolekandeteenustest. Antakse ülevaade, kuidas info jõuab spetsialistini, mida nad teevad seoses erihoolekandeteenustega ning milliseks nad hindavad oma teadmisi.

Info jõudmine sotsiaaltöö spetsialistini

Psüühiliste erivajadustega inimeste temaatikaga puutuvad kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöö spetsialistid tavaliselt kokku konkreetse juhtumi või probleemi lahendamisel. Sotsiaaltöö spetsialistide sõnul saadakse infot n-ö töö käigus. Konkreetse inimesega tegelemisel koguneb info, mida inimene ise avaldab ning lisaks ka seotud ametkondadest ja osapooltelt. Intervjuudes ei mainitud süsteemset info kogumist. Sotsiaaltöö spetsialistid tunnistasid, et neil puudub tavaliselt info nende inimeste kohta, kes elavad kodus ja saavad hakkama kas ise või lähedaste abil. Vahel pöörduvad ametnike poole ka erivajadusega inimeste naabrid või kogukonna liikmed, kes teavitavad potentsiaalsest abivajajast.

„Ja reeglina tuleb see info välja, kui ta ühel või teisel põhjusel pöördub nüüd siis mingisuguse abi saamiseks ja kui me saame siis selle informatsiooni kas Sotsiaalkindlustusametilt või tuleb siis inimesega suheldes see mingil moel välja. Või siis, kui tekib kahtlus, siis sõltub, kuidas me selle info jällegi kätte saame.” /SS3/

„Ja paljud asjad tulevad ka välja teatud abi taotlemisel, mis nagu ei seostugi tema psüühikahäirega, vaid see rahakott on lihtsalt õhuke.” /SS9/

Märgiti veel, et infot psüühiliste erivajadustega inimeste kohta saadakse ka meditsiinasutustest, perearstilt, eriarstidelt ja rehabilitatsiooniasutustest. Enamus sotsiaaltöö spetsialistide nimetas info saamist kohtumenetlusega seonduvalt, kui kohtust tuli päring seoses tahtevastasele ravile suunamisega.

„Teisest küljest tuleb välja ka väga palju psüühikahäirete puhul just täiskasvanute osas, kui kohus saadab meile paberid ja soovib arvamust.” /SS9/

Kui omavalitsus ise osutab erihoolekandeteenuseid, siis on info konkreetsem ja inimeste vajadused paremini teada. Sotsiaaltöö spetsialistid märkisid, et kogukonnas teatakse teenuste osutamisest ning inimesed julgevad nende poole rohkem pöörduda nii küsimustega kui abivajadusega. Mainiti, et teenuse osutajana on nad ka ise huvitatud n-ö kliendibaasist (potentsiaalsetest klientidest). Positiivse küljena toodi välja, et teenustel olevad inimesed on järjepidevalt sotsiaaltöötajate jälgimise all ning muutusi nende vajadustes märgatakse aegsasti.

„Me siin ikkagi teame-tunneme neid. Ja kuna me siin tegutseme, siis inimesed teavad ja neid tuleb kogu aeg juurde.” /SS11/

„/.../ nüüd on muidugi selline oma kontingent, kes on meil niiöelda pidevalt töös. Nende kohta teab päris palju.” /SS7/

Andmed psüühiliste erivajadustega inimestest omavalitsuse territooriumil

Vastustest selgus, et mingit kindlat süsteemi või andmebaasi või registrit psüühiliste erivajadustega inimestest omavalitsustes ei ole ja inimeste diagnoose ei teata. Sotsiaaltöö spetsialistidel on teada vaid see info, mida inimene ise või tema lähedased avaldavad.

„Tegelikult me saame ainult omada ülevaadet, kes on siia pöördunud. /.../Ei oska öelda, kui palju on psüühikahäirega inimesi, kes siin elavad.” /SS13/

„Kindlasti me ei tea kõiki inimesi, kes meie territooriumil elavad. Ja nad võivad olla kas psüühikahäire või vaimupuudega. Sest need on ju delikaatsed isikuandmed, mida minu teada ei saa isegi perearst teada, kui inimene ei ole selleks nõusolekut andnud. Rääkimata siis sotsiaalametnikust.” /SS3/

Küsimused erihoolekandeteenuste kohta

Vähesel määral, kuid siiski küsitakse kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajate käest infot konkreetselt erihoolekandeteenuste kohta. Psüühiliste erivajadustega inimesed ise pöörduvad harvem, pigem nende lähedased, kes hooldamisega enam hakkama ei saa.

„Pisut. Ütleme siis, kui näiteks laps hakkab saama täisealiseks. /.../ Ega väga palju ei teata seda teemat ja teine asi minu meelest, et tavainimese jaoks ei ole vahet, kas on üldhooldekodu või erihoolekanne.” /R18/

Sotsiaaltöö spetsialistide erihoolekannet puudutavad tegevused

Seoses erihoolekandeteenustega nimetasid sotsiaaltöö spetsialistid järgnevaid tegevusi: inimeste ja nende lähedaste nõustamine erihoolekandeteenuste osas, rehabilitatsiooniteenust puudutavad tegevused nagu arvamuse andmine ja võimaluste osas konsulteerimine, abistamine teenuste taotlemisel ja teenustele suunamisel, info küsimine Sotsiaalkindlustusametist ja suhtlemine juhtumikorraldajaga, suhtlemine erihoolekandetasutustega, kohtuga, arstide ja psühhiaatriahaiglagaga. Kõige enam tuli spetsialistidel ette tegevusi ja kokkupuuteid seoses ööpäevaringse erihooldusteenusega.

„Kellel on vaja reha-plaani alustada, kellel on vaja teenust taodelda, kellel on vaja eestkostja määrata, kellel on vaja lihtsalt igapäevaseid olmelisi situatsioone lahendada.” /SS4/

Selgitati, et erihoolekandeteenusele saamiseks tuleb suhelda Sotsiaalkindlustusametiga, rehabilitatsioonimeeskonnaga, arstidega ning sellele lisaks täita mitmesuguseid dokumente ja pabereid. Paljud psüühiliste erivajadustega inimesed ja sageli ka nende lähedased ei saa sellega ise hakkama ning vajavad abi sotsiaaltöö spetsialistilt.

„See on suhteliselt reglementeeritud jäik bürokraatia, mis tuleb läbi teha. See on nagu meie funktsioon, seda aidata paremini korraldada.” /SS13/

„Et kasvõi selline situatsioon, kui siin meil üks ema oli kangesti hädas oma tütreaga ja me aitasime tal siis vormistada neid dokumente, et ta saaks sundravile ja nii edasi.” /SS3/

Eestkoste

Enamik respondente märkis, et omavalitsus on hetkel või siis varem olnud eestkostjaks psüühiliste erivajadustega inimestele. Need omavalitsused, mille piirkonnas asub erihooldekodu, on eestkostjaks paljudele inimestele. Kaks respondenti tõid selle põhjuseks varasema praktika – psüühiliste erivajadustega inimesed kirjutati sisse valda, kus hooldekodu asus ning kui hiljem lähedasi ei õnnestunud leida, jäigi vald eestkostjaks.

„Inimene ise harva muidugi, aga no need lähisugulased tulevad hakkavad seda eestkostet ajama. /.../ Kui on tarvis hakata ajama, siis nad tulevad siia. Ma palun tulla ka sellel inimesel või kui inimene ise ei tule, ma käin siis kodus.” /SS1/

Hinnang teadmistele erihooldekandeteenustest

Sotsiaaltöö spetsialistid leidsid, et peamiselt tulenevad teadmised praktikast. Kuna nende tegevusvaldkonda kuuluvad mitmesugused eespool kirjeldatud tegevused, siis lähtuvalt kogetud juhtumitest on kogunenud ka nende teadmised. Väiksemates omavalitsusüksustes on juhtumeid olnud oluliselt vähem kui suuremates ning konkreetse olukorra valguses tuli iga kord teemasse uuesti süveneda. Läbiviidud intervjuude põhjal võib tõdeda, et kõige põhjalikumad on sotsiaaltöö spetsialistidel teadmised ööpäevaringsest erihooldusteenusest, sest sellega on neil olnud kõige enam kokkupuuteid ning klientide pöördumisi. Üks peamisi teadmiste allikaid on Sotsiaalkindlustusameti juhtumikorraldaja, kellega tehakse tihedat koostööd.

„Noh, ei saa öelda, et me tunneme puudust, sest alati saab ju küsida. See on iseenda probleem, kui sa ei uuri asju välja SKA-st või suhtled teenusepakkujatega. Ma ei arva, et see probleem oleks.” /SS12/

Puudust tuntakse infopäevadest ja spetsiaalsetest koolitustest, kus käsitletakse just psüühiliste erivajadustega inimesi. Nende vajadustest paremaks arusaamiseks läheb vaja eriteadmisi.

„Ilmselt nendest infopäevadest. Ma tean, et kord aastas on. /.../ Aga seda on vähe, üks kord aastas. Muidugi on võimalik küsida, kõike seda on võimalik teha. Aga üks asi on küsimine. Ma ei oskagi küsida seda asja, mida ma ei tea.” /SS10/

Kokkuvõtteks võib tõdeda, et kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöö spetsialistide teadlikkus erihoolekandeteenustest ja neid vajavatest psüühiliste erivajadustega inimestest on keskmine, aga nad omavad laialdasi teadmisi, kuna on tegelenud väga erinevate inimestega ja olukordadega. Kõige põhjalikumad on teadmised ööpäevaringse erihoolduse võimaluste ja tingimuste kohta. Puudust tunti koolituste järele, kus käsitletakse psüühilisi erivajadusi. Teadmised on tulnud praktikast ja sõltuvad ka omavalitsusüksuse elanike arvust ning kohapealsest erihoolekandeteenuste osutamisest.

2.3.2. Erihoolekandeteenuste võimalused kohalikes omavalitsusüksustes

Töö autor soovis välja selgitada, milliseid erihoolekandeteenuseid on psüühiliste erivajadustega inimestel võimalik saada oma kodukohas. Käesolevas alapeatükis analüüsitakse pakutavaid võimalusi ning tuuakse välja, millistest teenustest tuntakse puudust.

Olemasolevad võimalused omavalitsusüksustes

Uuringu käigus küsitleti sotsiaaltöö spetsialiste 13 omavalitsusüksuses. Neist neljas osutatakse kõiki kolme toetavat erihoolekandeteenust ning ühes vaid igapäevaeltu toetamise teenust. Igapäevaeltu toetamise teenusele oleks spetsialisti sõnul vaja juurde toetatud elamise teenust. Kaks vastajat leidsid, et nende piirkonnas oleks juurde vaja kogukonnas elamise teenust ja ülejäänud kaks märkisid, et juurde oleks vaja rahastatud teenusekohti, sest nõudlus on suurenenud.

Kaheksas külastatud omavalitsusüksuses erihoolekandeteenuseid ei osutata. Nendes omavalitsusüksustes elavatel psüühiliste erivajadustega inimestel on abi saamiseks erinevad võimalused. Neli respondenti märkisid, et inimesed käivad toetavatel teenustel (igapäevaeltu toetamine ja töötamise toetamine) teises omavalitsuses ehk Tallinnas või Keilas. Kaks vastajat tunnistasid, et neil ei ole küll riiklike teenuseid, aga nad pakuvad sotsiaalkorterite ja hooldustöötajate näol mitteformaalset toetatud elamise teenust. Kahes omavalitsuses pakutakse abistamiseks tugiisikuteenust, ühes tugiisikuteenust ja

päevakeskuse ringides arendavaid tegevusi. Nimetati ka perekonna toetust ja ühe vastaja sõnul ei ole neil hetkel erihoolekandeteenuseid vajavaid kodus elavaid inimesi.

„Meie valla territooriumil erihoolekandeteenuseid ei osutata. Kui meie inimestel ikkagi on vaja seda teenust, siis me peame leidma võimalused kuskilt mujalt.” /SS6/

„Vaimupuudega inimestele päevakeskuse teenuseid ostame Tallinnalt. Harjumaal ongi arusaadav, et Tallinn on see tõmbepunkt. Ja kuna seal kohti on, siis loomulikult nad pakuvad ka mujalt kui Tallinnast neid teenuseid.” /SS12/

Omavalitsused osutavad toetavaid erihoolekandeteenuseid päevakeskuste baasil. Päevakeskustes käisid algselt peamiselt eakad inimesed, aga erihoolekandeteenuste ja klientide lisandudes on eakate osakaal vähenenud. Erihoolekandeteenuseid mitteosutavates omavalitsustes märkis üks respondent vajadust päevakeskuse järele ning teine ütles, et nad plaanivad erihoolekandeteenuste osutamist tulevikus.

„Ei ole praegu midagi. Aga see on mõttekoht ja see on kindlasti tulevikus plaanis. Just neid päevaseid tegevusi.” /SS12/

Erihoolekandeteenuseid osutavate omavalitsuste ametnike käest uuriti, kuidas ja mis põhjustel hakati teenuseid osutama. Põhjuseks peeti ennekõike vajadust teenuste järele. Respondendid selgitasid, et peaaegu kümme aastat tagasi alustati vaid mõne kliendiga ning ajapikku on nõudlus kasvanud. Esile toodi vajadust teenuste mahu suurendamiseks, avaldati ka soovi pakutava hulka lisada kogukonnas elamise teenus.

„Vajadus sundis. Kes see ikka teeb. Kui on selline asutus nagu päevakeskus.” /SS10/

„Eks ta hakkas kunagi väiksest asjast. Kunagi, kui hakati neid teenuseid nagu riigi küljest lahti võtma, siis maavalitsused pakkusid, et kes tahaks hakata mingisuguseid teenuseid osutama. Ja kuna meil olid olemas sellised inimesed, kelle puhul me nägime, et neid on vaja.” /SS13/

Nende ametnike käest, kelle omavalitsuses ei osutata erihoolekandeteenuseid, uuriti kavatsuste kohta edaspidi teenuseid pakkuma hakata. Vastustest selgus, et teenuste osutamisele on mõeldud. Takistusena toodi välja teenuste alustamiseks vajaminevate ressursside puudumist. Eriti suurt investeeringut nõuaks toetatud elamise teenuse

alustamine. Mõne valla puhul teeb olukorra keeruliseks territooriumi karakteristik. Väiksemate valdade sotsiaaltöö spetsialistid nimetasid klientide väikest hulka ning lootsid pigem koostööle naaberomavalitsustega.

„Eks ikka. Kui Tallinn ütleb ühel ilusal päeval ära.” /SS9/

„Me oleme hajaasustus, meil ei ole kindlat keskpunkti, vallal keskust. See teeb selle asja nagu raskeks. Kuhu see teenus paigutada ja kuhu need inimesed võiks käia.” /SS4/

„No vot ongi jälle see sama lugu, et selles ühes omavalitsuses on see klientide hulk suhteliselt väike. Siin Lääne-Harju sotsiaaltöötajatega on üks kokkusaamine juba olnud, kus me oleme arutanud. Kõikidel oli tegelikult seesama jutt, et teenuseid oleks vaja, aga see klientuur on ühes vallas liiga väike, et võib-olla kuidagi piirkondlikult tekitada mingisugused teenusepakkujad.” /SS6/

Puuduolevad teenused

Teenuseid mitteosutavates omavalitsustes tundsid spetsialistid kõige enam puudust igapäevaeltu toetamise teenusest. Kaks respondenti lisasid vajaduse töötamise toetamise teenuse järele ning üks respondent kogukonnas elamise teenuse järele. Üks teenust osutava omavalitsuse sotsiaaltöö spetsialist tõi välja lihtsa tõe: *„Ja see igapäevaeltu toetamine ja toetatud elamine, olekski normaalne, kui need oleksid inimesel olemas kodu juures. /.../ ma ei kujuta ette, et igapäevaeltu toetamisele inimene käiks kuhugi oma vallast välja. Tema igapäevaeltu ongi siin ju.“ /SS13/*

Lähtuvalt spetsialistide ja Sotsiaalkindlustusameti infost, teenuse osutajate nimekiri on leitav käesoleva töö lisas 2, osutatakse toetavaid erihoolekandeteenuseid neile psüühiliste erivajadustega inimestele, kes erihooldekodus ei viibi, Harjumaa (v.a Tallinn) 23-st omavalitsusüksusest vaid kuues. Vastustest selgus, et seda on tehtud keskmiselt kümme aastat. Suurim teenuseosutaja on Keila Sotsiaalkeskus, kus saavad igapäevaeltu toetamise ja töötamise toetamise teenust ka mõned naabervaldade inimesed. Tallinna lähimavalitsuste elanikel on toetavaid erihoolekandeteenuseid vähesel määral võimalik saada Tallinnas. Kokkuvõtteks võib öelda, et psüühiliste erivajadustega inimeste võimalused erihoolekandeteenuste osas on hetkel suhteliselt kesised, kuid paljud omavalitsused on kaalunud ise teenuste osutamist või piirkondlikku koostööd.

2.3.3. Erihoolekandeteenuste kättesaadavus

Käesolevas peatükis analüüsitakse, mil määral on tagatud erihoolekandeteenuste kättesaadavus. Antakse ülevaade teenuste kättesaadavust takistavatest teguritest ning sotsiaaltöö spetsialistide poolt leitud alternatiivsetest lahendustest kui erihoolekandeteenuseid ei ole võimalik saada.

Koostöövõrgustik

Töö psüühiliste erivajadustega inimestega hõlmab mitmeid osapooli. Uuringust selgus, et sotsiaaltöö spetsialistide peamised kontaktid seoses erihoolekandeteenustega on Sotsiaalkindlustusameti juhtumikorraldaja ning teenuse osutajad, kuid koostööd tehakse veel rehabilitatsiooniasutustega, pere- ja eriarstidega ning kohtuga. Mainiti ka konsulteerimist ametikaaslastega teistest omavalitsustest. Edaspidi on käesolevas töös esitatud lisaks sotsiaaltöö spetsialistide hinnangutele ka teiste osapoolte, keda siinkohal käsitletakse ekspertidena – juhtumikorraldaja ja teenuse osutajate, seisukohad.

Hinnangud teenuste kättesaadavusele

Kõik uuringus osalenud tõdesid, et erihoolekandeteenuste kättesaadavusega on probleeme. 11 sotsiaaltöö spetsialisti märkisid, et teenused ei ole piisaval määral kättesaadavad, üks respondent arvas, et linnades on olemas võimalused toetavate teenuste osas ning üks väitis, et teenuseid on võimalik saada, kui omavalitsus kulud tasub.

Kõige probleemsemana toodi välja ööpäevaringse erihoolduse võimalused. Nimetatud teenusele kirjeldati aastatepikkuseid ootejärjekordi ja nimetati erihooldekodude vähesust. Viimasel ajal on küll hakatud ehitama uusi kaasaegseid erihooldekodusid, aga samas ka suletakse vanu ja seega uusi kohti juurde ei teki. Lisati, et erihooldekodud paiknevad küll üle Eesti, aga teenuse pakkumisel ei lähtuta koduläheduse printsiibist ning seetõttu võivad kliendid sattuda kodust ja perekonnast päris kaugel asuvasse hooldekodusse.

„Ei. Kindlasti mitte. /.../ järjekorrad on tohutud, ööpäevaringsele erihooldusteenusele ehk hooldekodu teenusele on aastatepikkused järjekorrad.” /SS4/

„Pigem linnades ikkagi on olemas. Väikevaldades ei ole reaalne, et kuskilgi mingil tasemel suurt olla saaks. /.../ Muidugi ka see on tegelikult suht absurdne, et sinna erihooldekodusse järjekorrad on nii pikad. Teeme reh plaani, inimene tõesti vajab – üksik, kedagi ei ole, vajaks ära paigutamist. Kodus enam hakkama ei saa ja siis on järjekord kolmsada inimest.” /SS7/

Mainiti ka pikki ooteaegu olukorras, kui klient on olemasolevast teenusest välja kasvanud ning vaja oleks teisele teenusele üle minna. Tõdeti, et kui kohalik omavalitsus leiabki psüühilise erivajadusega inimesele, kes erihooldekandeteenust ei saa, mingi muu lahenduse, siis ei ole see piisav ning ei vasta inimese tegelikele vajadustele.

„Aga need ooteajad, isegi näiteks ühelt teenuselt teisele minekuks, on väga pikad. Just needsamad, millest ma ennem rääkisin, need noored, kes koolid lõpetavad. Kindlasti ei ole see kõikidele kättesaadav ja piisav.” /SS6/

„Mina ütlen küll, et tegelikult ikka ei ole. No üks on see elamise teenus, no elamise teenust, võib siin sots pinda ja kõike siin anda, aga mis see inimene siin oma voodi serval ikka istub /.../ ta vajaks ikka, ütleme, igapäevast rehabiliteerimist.” /SS1/

Teenuste kättesaadavust mõjutavad tegurid

Kuigi erihooldekandeteenuste kättesaadavust mõjutavad mitmed asjaolud, siis esmase ja peamise põhjusena tõid sotsiaaltöö spetsialistid välja rahaliste vahendite nappuse. Riigi raha ei suunata piisavalt teenuste mahu suurendamiseks. Kui erihooldekodus on isegi voodikoht olemas, siis sageli omavalitsusel või perekonnal ei ole piisavalt vahendeid selle eest ise tasumiseks. Lisati ka, et teenuste pakkumine ei ole ühtlane – paljudes piirkondades teenuse osutajad üldse puuduvad ja kogukonnas elamise teenust pakutakse väga vähe. Kohalikud omavalitsused on erineva suutlikkusega ning enamikul ei ole võimalik toetavate teenuste pakkumiseks vajalike investeeringute tegemine ja prioriteedid on mujal (nt. lasteaia- ja koolikohad).

„Siin osad ka, kes peaksid tegelikult olema erihooldekodus, et kõnnivad siin vabalt ringi, /.../ mis on kohutavalt valus teema, et riik lihtsalt ei anna seda raha.” /SS1/

„Teadupärast need erihoolekandeteenused on ju väga krõbeda hinnaga. Ja isegi see protsess, et saada seda tasulist teenust, oli päris vaevaline. Nii et kindlasti on kaks asja: need teenused ei ole kättesaadavad ja nad on ikkagi tänase päeva mõistes inimestele väga-väga kallid.” /SS6/

Ka eksperdid leidsid vajakajäämisi erihoolekandeteenuste kättesaadavuse osas ja mainisid pikki ootejärjekordi teenustele saamiseks. Asutustel oleks võimalik pakkuda teenuseid rohkematele klientidele, aga teenusekohti riigi poolt ei rahastata. Üks teenuse osutaja väitis, et erihoolekandeteenuseid ei osutata kõikides omavalitsusüksustes ning mujalt ostetakse teenuseid vaid nendele, kes ise neid nõuda oskavad. Siinkohal märkis ta vähest koostööd kohalike omavalitsuste ametnike poolt ja selgitas, et suure koormusega sotsiaaltöötajad ei jõuagi psüühiliste erivajadustega inimestega spetsiaalselt tegeleda.

„Ma arvan, et piisaval määral mitte, et just selle järjekordade pikkuse tõttu. Et toetavate teenuste puhul on järjekord umbkaudselt aasta. /.../ näiteks need toetavad teenused on ikkagi piirkonna põhised ja sissekirjutuse põhised. Et teise piirkonna oma ei võta võõrast klienti ja kui seal piirkonnas ei ole seda teenuse osutajat, siis selle kliendi võimalused on väiksemad. /.../ Kõige suurem nõudmine on ööpäevaringsele erihooldusteenusele, järjekorra alusel.” /JK/

„Ei. Ei. Kindel ei. Selles mõttes, et ma tean ju seda, et siin naaberomavalitsustes ei pakuta neid toetavaid teenuseid. Aga ma tean, et seal on need inimesed olemas. Ja ma tean, et on ka väga murelikud inimesed. Meie ukse taga on ikkagi päris palju käidud.” /TO2/

Teenuse osutajad tõid ka välja puudujäägi inimeste informeerituses – ei teata toetavaid teenuseid ega erihoolekandeteenuste taotlemise süsteemi.

„Ega neid toetavaid teenuseid, mida meie pakume, väga palju ei teata. Tullakse pigem küsima siis, kui on vaja hooldekodusse minna. Tähendab, et see kes seda psüühilise erivajadusega inimest hooldab, temaga midagi juhtub või tema tervis läheb halvaks ja siis tullakse küsima.” /TO2/

Alternatiivsed lahendused

Kui psüühiliste erivajadustega inimesed on erihoolekandeteenuste ootejärjekorras või neil ei ole üldse võimalust teenuseid saada, siis esmane abistamiskohustus langeb lähedaste olemasolul neile. Tagamaks pidevat järelevalvet ja abi, on pereliikmed jäänud koduseks. Kohalikud sotsiaaltöötajad peavad leidma alternatiivseid lahendusi. Vastustes nimetati erinevaid võimalusi lähtuvalt inimese olukorrast ja omavalitsuse ressursidest – kodus elavatele inimestele osutatakse tugiisiku või sotsiaalhooldaja teenust, mõnel pool on võimaluseks sotsiaalpinnal elamine ja hooldustöötaja abi. Nimetatud juhtudel on tegemist sotsiaalteenustega, kus teenuse osutajad ei ole saanud spetsiaalset ettevalmistust töötamiseks psüühiliste erivajadustega inimestega. Ööpäevaringset järelevalvet vajavate inimeste paigutamist tavahooldekodusse nimetasid enam kui pooled vastajad. Mainiti ka kohtu kaudu teenusele paigutamist ja raskematel juhtudel psühhiaatriaiglas ravimist.

„Inimene vajab ööpäevaringset hooldust, siis on kaks võimalust – kas ta on kodus oma perekonnaliikmete keskel või on üldhooldekodus. Aga üldhooldekodusse nad ei sobi oma erivajaduse poolest, psüühilise seisundi poolest.” /SS4/

Kokkuvõtteks tuleb tõdeda, et erihoolekandeteenuste kättesaadavusega on mitmeid probleeme. Nii sotsiaaltöö spetsialistid kui eksperdid tõid esmase asjana välja pikad ootejärjekorrad, mis ööpäevaringse erihooldusteenuse puhul on veninud aastatesse. Toetavate teenuste puhul võib ooteaeg olla kuni üks aasta. Kättesaadavus ei ole tagatud ka põhjusel, et toetavaid erihoolekandeteenuseid ei pakuta iga omavalitsusüksuse territooriumil ning tihti ei ole võimalik neid sisse osta ka naaberomavalitsusest. Enam ostetakse teenuseid sisse Tallinnast ja seega on natuke rohkem võimalusi Tallinna naabervaldade elanikel. Kuid Tallinna pakutav on ka limiteeritud. Paljud inimesed ei ole teadlikud toetavatest erihoolekandeteenustest ning seetõttu ei oska neid ka küsida. Respondentide hinnangul ei ole erihoolekandeteenused piisaval määral kättesaadavad kõigile vajajatele ning teenustest ilmajaajad või ootejärjekorras olijad peavad lootma lähedaste abile või leppima teenustega, mis ei vasta nende vajadustele.

2.3.4. Spetsialistide hinnangud erihoolekandeteenustele ja arenguvajadustele

Käesolevas alapeatükis analüüsitakse sotsiaaltöö spetsialistide ja ekspertide hinnanguid erihoolekandeteenustele, tuuakse välja nende arvamused teenuste arendamise ja uute teenuste vajadustest ning Eesti erihoolekandesüsteemist üldiselt.

Erihoolekandesüsteemi positiivsed küljed

Eesti erihoolekandesüsteemile hinnangute andmises olid vastajad üsna üksmeelsed. Leiti, et aastate jooksul on olukord muutunud palju paremaks ning sellise süsteemi olemasolu on hea. Positiivsena toodi välja kliendi huvidest lähtuvalt peremajade arendamist ning teenuste sisu ja kvaliteedi muutumist paremuse poole. Kõige positiivsema hinnangu sai koostöö Sotsiaalkindlustusameti juhtumikorraldajaga. Viimase kohta oli nii sotsiaaltöö spetsialistidel kui teenuse osutajatel öelda ainult kiitvaid kommentaare.

„Eks ta on muidugi paremaks muutunud aastatega. /.../ Kindlasti ta ei ole enam see, mis kümme aastat tagasi oli.” /SS4/

Erihoolekandesüsteemi negatiivsed küljed

Sotsiaaltöö spetsialistide hinnangutes olid siiski ülekaalus negatiivsed arvamused. Peamise asjaoluna nimetati pikki ootejärjekordi ja teenusekohtade vähesust, eriti ööpäevaringse erihooldusteenuse osas. Üks sotsiaaltöö spetsialist tõi välja, et teenuse kvaliteet sõltub liiga palju seda osutavatest inimestest ning üldse on selles valdkonnas vähe töötajaid. Teenuse osutaja lisas, et teatud sihtgruppidele ei ole vajalikku teenust ning erihooldekodudes on ka neid, kes peaksid olema toetavatel teenustel. Üldiselt leiti, et arenguruumi on küllaga.

„No ma arvan, et see hinne tulebki sellest, kui palju nad tegelikult suudavad neid vajadusi rahuldada. Et nad tegelikult ei suuda, järjekorrad on pikad. Kui ikkagi kohtasid ei ole ja inimene peab ootama mitmeid aastaid ja olema sellepärast valel teenusel, kui palju see tegelikult kahjustab tema, ma mõtlen just nooremat kontingenti, toimetulekut igas mõttes.” /SS12/

„Praegu käib see, et need olemasolevad kohad kaasajastada ja teenuse kvaliteeti tõsta. See on ka väga oluline. Aga kindlasti tuleb ka neid kohti juurde luua, sest väga paljud inimesed on seal järjekorras ja veel suurem hulk on neid inimesi, kes ei ole isegi järjekorda jõudnud.” /SS6/

Teenuste arenguvajadus

Respondendid pidasid vajalikuks kõiki hetkel pakutavaid erihoolekandeteenuseid. Märgiti, et kõik teenused on olulised. Viis sotsiaaltöö spetsialisti tunnistasid, et aktuaalsem on ööpäevaringne erihooldusteenus. Kaks sotsiaaltöö spetsialisti märkisid töötamise olulisust – see annab inimesele võimaluse oma võimeid ja oskusi rakendada ning ennast teostada. Juhtumikorraldaja täpsustas, et järjekorra põhjal hinnates paistab kõige suurem nõudmine ööpäevaringse erihooldusteenuse järele. Aga samas on puudus ka toetavatest teenustest, mille olemasolu tagaks inimesele õigeaegse toe ning hooldekodusse minek lükkuks edasi.

„Mina ei peaks küll mitte ühtegi ühest või teisest olulisemaks. Vastavalt selle inimese vajadusele. Tegelikult on oluline see, et ta jõuaks sellele õigele teenusele.” /SS13/

„Ma olen mõelnud, et toetavad teenused võiksid olla rohkem välja töötatud selles mõttes, et kui sellel inimesel on olemas koht, kus ta elab, siis ta saaks seda abi sinna kodule lähemale.” /TO1/

Teenuste eelisarendamise osas läksid respondentide arvamused lahku. Mitu vastajat arvasid, et kõik teenused vajavad arendamist, sest nad on ühtemoodi olulised. Mõned vastajad tõid välja probleemid erihooldekodusse saamisega ning seetõttu pidasid vajalikuks ööpäevaringse erihooldusteenuse eelisarendamist. Neli vastajat nimetasid kogukonnas elamise teenust. Teenuse osutajast ekspert selgitas, et kogukonnas elamise teenuse laiendamine vähendaks nõudlust ööpäevaringse erihooldusteenuse järele ning on seejuures ka riigile soodsam.

„Ikka riigipoolne rahaliste vahendite paigutamine erihoolekandesse ja veelkord rõhutan, et ikka ööpäevaringsele hooldusele, kus on praegu kõige suurem puudus.” /SS9/

„Mina oma klientide pealt näen, et just see vahepealne, see mis jääb igapäevaelu ja ööpäevaringse vahele. See kogukonnas või midagi. /.../ Meil on väga palju kliente, kes elavad eakate vanematega, keda pole pandud omal ajal hooldekodusse. Kuhu nad lähevad, kui kaovad need vanemad ära.” /SS10/

Uute teenuste vajadus

Poolte vastajate arvamuste põhjal võib öelda, et hetkel uusi teenuseid juurde ei ole vaja, olulisem on olemasolevad teenused kättesaadavaks teha. Kaks vastajat lisasid, et täiskasvanutele on teenuseid piisavalt, aga neid on vaja ka noortele. Kolm sotsiaaltöö spetsialisti nimetas vajadust päevahoiu või intervallhoiu järele. See annaks pereliikmetele võimaluse tööl käia või vahel ka puhkusele minna ning vähendab omastehooldajate läbipõlemisohu. Psüühikahäirega inimeste puhul toodi välja vajadus psühhiaatrilise koduõenduse järele, sest sotsiaaltöötajad ei ole pädevad jälgima selle kliendigrupi eripärasid, näiteks haigushoogude ägenemist ja perioodilisust. Juhtumikorraldaja leidis oma kogemustele tuginedes, et uusi teenuseid juurde ei ole vaja, aga olemasolevad teenused võiks paindlikkuse ja kliendi vajaduste parema adresseerimise eesmärgil jagada komponentideks.

„Eelkõige tuleks need teenused, mis on, need kättesaadavaks teha ja siis hakata uusi arendama. Teeme need kättesaadavaks, mis meil juba on.” /SS4/

„Mida me oleme mõelnud, sellist päevahoidu. /.../ Paljud ei tahagi oma pereliiget kodust kuskile asutusse panna, aga nende toetavate teenustega ta ka hakkama ei saa. Et siis võiks olla päevahoid või päevakeskus. Kus ta on nagu päev läbi. /.../ Et ta on hoitud või järelevalvatud. Et õhtul peale tööd sa saad ta ju koju võtta.” /SS5/

Muudatuste vajadused

Erihoolekandeteenuste muutmise osas palju vajadusi esile ei toodud. Kolme vastaja arvates võiks teenuste osutamisel eraldada vaimupuudega ja psüühikahäirega inimesed, sest nendega tegelemise printsiibid on erinevad. Ööpäevaringse hoolduse puhul märgiti, et hooldekodus elamine peaks olema rohkem diferentseeritud, mitte panema erinevaid kliendigruppe kokku. Klientide eripärad ja vajadused varieeruvad ning see vähendaks ka erinevate gruppide spetsiifikast tulenevaid probleeme. Eksperdid nimetasid teenuste

muutmist sihtgruppi arvestavamaks. Sotsiaaltöö spetsialistid märkisid erihoolekandeteenuste vajadust juba enne kaheksateistkümnendat eluaastat, teenuse osutaja nimetas konkreetse sihtgrupina käitumis- ja psüühikahäiretega noormehi.

„Võib-olla mingil määral võiks olla erinev... Meil on nii vaimupuue kui psüühikahäire ühte moodi. Isegi igapäevaelu toetamisel. /.../ Kui sa midagi teed, siis on ikka väga erinev, kas sul on norm-intellektiga või vaimupuudega inimene.” /SS10/

„Alati oleks võimalik seal mingite lisanüanssidega seda asja sättida, et oleks see teenus kliendi võimekuse järgi sobilik.” /TO1/

„Mis on veel nõrk koht, et see erihoolekanne algab kaheksateistkümnendast eluaastast. Aga tegelik elu näitab seda, et see vajadus on juba kuueteist-aastastel. Tegu on juba väljaarenenud inimestega ja siin on täitsa reaalsed juhtumid ja pretsedendid.” /SS12/

Kokkuvõtteks võib nentida, et spetsialistide arvates on Eesti erihoolekandesüsteem vajalik ja iseenesest hästi välja töötatud. Olemasolevate erihoolekandeteenuste puhul ei leitud palju muutmist vajavaid aspekte. Muudatusi võiks teha teenuste sihtgrupi osas – psüühikahäirega ja vaimupuudega inimeste eraldamine teenuste osutamisel. Suurem osa respondente olid rahul teenuste mitmekesisusega, samas nähti vajadust ka uute teenuste järele – enam nimetati päevahoiu või intervallhoiu teenust. Kõige suuremat nõudlust nähti ööpäevaringse erihooldusteenuse osas, seetõttu peeti otstarbekaks selle arendamisse panustada. Perspektiivikaks loeti kogukonnas elamise teenust ning soovitati seda eelisarendada.

2.3.5. Psüühiliste erivajadustega inimestele vajalikest erihoolekandeteenustest ilmajäämise riskid

Alapeatükis antakse ülevaade tagajärgedest, mis võivad ilmned, kui psüühiliste erivajadustega inimesed ei saa neile vajalikke teenuseid. Lisaks käsitletakse psüühiliste erivajadustega inimestega ilmnevaid probleeme.

Riskid psüühilise erivajadusega inimese seisukohalt

Erihoolekandeteenuste eesmärk on inimese iseseisva toimetuleku arendamine ja tegevuste juhendamine. Vaimupuudega inimeste puhul töid sotsiaaltöö spetsialistid

esmasena välja, et teenust mitte saav inimene jääb koju, ei suhtle piisavalt, tema areng peatub ning lõpuks ta mandub. Teenuse osutaja nimetas otsekoheselt koolitamisele kulunud raha raiskamist, sest pideva sihipärase tegeluseta kaovad varem omandatud oskused ja teadmised. Korrapärase tegeluse ja järelvalve puudumisel on suurem võimalus pahandustesse ja raskustesse sattuda.

Psüühikahäirega inimeste seisukord sõltub paljuski ravimite tarvitamisest ning ei ole teada, millal ta võib muutuda ebastabiilseks ja ohtlikuks nii endale kui teistele. Sotsiaaltöö spetsialistid selgitasid, et haigushood võivad ägeneda määral, mis nõuab inimese suunamist tahtevastasele ravile või kohtu kaudu paigutamist ööpäevasele erihooldusteenusele kinnisesse osakonda.

Lisaks vaimsele seisukorrale mõjutab teenustest ilmajäämine ka füüsilist seisukorda. Inimest, kes ei suuda enda eest seista, võidakse ära kasutada. Kui ei osata rahaga toimetada, võidakse laenude puntrasse sattuda. Võib ka juhtuda, et inimene ei kanna enam enda hügieeni ja kodu puhtuse eest hoolt.

„No aga see ongi see risk, et inimene jääbki sinna kodu nelja seina vahele /.../ Aga ikkagi see sotsiaalne suhtlemine ja see, et siis võib süveneda see haigus, kui ta ei pääse inimeste hulka ja ei ole järelvalvet. Sellega suureneb ju see arv, kes lõpuks sinna ööpäevaringselt teenusele peavad minema.” /SS5/

„Tema elu ei ole ju täisväärtuslik. /.../ See on tegelikult ju iga inimese õigus – elada täisväärtuslikku elu. Kui tal on mingi erivajadus, siis sellest tulenevalt ta peaks saama neid teenuseid, mis aitaks tal elus toime tulla.” /SS6/

„See sõltub nüüd jällegi isiksuse probleemist - kas on oht kodus midagi juhtumiseks. Mistahes juhtumiseks – enda vigastamiseks, kodu hävitamiseks, ära kadumiseks.” /SS3/

Riskid lähedaste seisukohalt

Kui psüühilise erivajadusega inimene vajalikule teenusele ei saa, siis perekonna olemasolul langeb esmane hoolduskohustus ja -koormus neile. Haigushoogude ägenedes võib psüühikahäirega inimene muutuda vägivaldseks lähedaste vastu või tekitada kahju kodule ja varale. Vastajad väitsid, et sageli peab pereliige pideva abi ja

järelevalve tagamiseks koju jääma ning ei saa enam tööl käia. Sissetulekute vähenedes halveneb pere majanduslik olukord, mis tekitab täiendavat stressi. Hooldava pereliikme nii füüsiline kui vaimne tervis võib halveneda sedavõrd, et lõpuks vajab abi ja erihoolekandeteenuseid ka tema.

„No riskid on ju lähedastele. Kui ei saa paigutada teenusele ja see teenust vajav isik on kodus. Ja lähedased siis kas peavad ennast tema tõttu – kas tema valvamise, toetamise, mis iganes abistamise tõttu töölt vabaks võtma. Või käivad siiski tööl ja nende stressis olemine on ikkagi päris suur.” /SS3/

Riskid sotsiaaltöötajate seisukohalt

Läbipõlemisoht suureneb ka kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöö spetsialistidel, kui nad peavad pidevalt tegelema psüühiliste erivajadustega inimestega seotud probleemidega. Hooldekodukohtade otsimine ja läbirääkimised, et psüühilise erivajadusega inimene sinna üldse võetaks, on kurnavad. Üks sotsiaaltöö spetsialist märkis murettekitavana turvalisuse teema, sest psüühiliste erivajadustega inimesed on sageli ettearvamatud. Probleemsena toodi välja ka koostöö politsei ning psühhiaatriaiaigla ja arstidega. Sotsiaaltöö spetsialistid kirjeldasid kohtuga ja psühhiaatritega suhtlemist kui aeganõudvaid ja pingelisi tegevusi. Nimetati raskusi ravile saamisega ning ravi limiteeritust.

„Aga samas on jälle uus keiss, kus politsei on käinud väljas, naabrid kirjutavad, lähedased on mures. /.../ Ta läheb korraks haiglasse sisse, saab selle ravikuuri kätte. See on lühiajaline. Aga haiglate süsteem on ju ka, see psühhiaatriaiaigla selline, minu meelest nagu konveier, et see on kogu aeg täis. Ja kutsuda siis politsei ja kiirabi kogu aeg ja seda fikseerida faktidena ja siis läbi kohtu taodelda. /.../ iga paberi tegemine, iga vestlemine, asjaajamine asutustega võtab ükskõik mis omavalitsuse töötaja tööaega. Seda vähem jääb aega tegelemiseks teise töö poolega.” /SS9/

Takistused töös psüühiliste erivajadustega inimestega

Respondendid tõid töös psüühiliste erivajadustega inimestega välja probleemid, mis otseselt või kaudsemalt on seotud erihoolekandeteenustest ilmajäämisega. Ligi poolte vastajate arvates on probleemiks vaimupuude ja psüühikahäire eiramine inimese enda

või tema lähedaste poolt. Spetsialistide arvates teeb koostöö ja motiveerimise veelgi raskemaks psüühilise erivajaduse kombineeritus sõltuvusega. Juhtumikorraldaja lisas, et ööpäevaringsel erihooldusteenusel olevad kliendid võivad ühel hetkel otsustada, et nad ei vaja seda ja tahavad lahkuda.

Takistustena nimetati veel ressursipuudust nii tööjõu, ruumide kui finantsiliste vahendite osas. Vajadust tunti spetsiaalse ettevalmistusega motiveeritud töötajate järele. Päevakeskustes valitseb ruumipuudus, kuna teenuseid vajavate inimeste arv on suurenenud. Hiljuti kehtima hakanud pearahasüsteem seab teenuse osutajad ebakindlasse olukorda. Kuigi enamus respondente tõid välja ressurside piiratuse, siis eriti teravalt on rahaliste vahendite leidmine päevakorral mittetulundussektoris.

„Ütleme, et eraalgatusel sündinud erihoolekandeesutuse kõige suurem takistus ongi see, et toime tulla. /.../ See eelarve planeerimine ja majanduslik pool. Kõik muud probleemid on lahendatavad, aga see pidev projektides elamine ja see, et sa ei tea oma tulevikku planeerida. Just see rahapuudus on kõige suurem probleem täna.” /TO3/

„Väga palju on panustatud teenuse kvaliteedile, hooned, tingimused, seadusloome, kõik see asi. Aga minu meelest on väga tahaplaanile jäetud need inimesed, kes töötavad: need sotsiaaltöötajad, teenuse osutajad, hooldajad, kõik selles valdkonnas.” /SS6/

„Ükski sein ega mingisugune vitraažaken või purskkaev õues – need ei tee asutusest asutust. Asutuse teevad ikkagi inimesed.” /SS1/

Kokkuvõtte riskidest võib tuua lühidalt enam kui poolte vastajate sõnadega, et vajalikest teenustest ilma jäänud inimene on ohtlik nii endale kui teistele. Riskid ilmnevad nii psüühiliste erivajadustega inimeste kui nende lähedaste ja vara seisukohalt. Sotsiaaltöö spetsialistid tõid probleemidena välja ressursipuuduse nii tööjõu, ruumide kui finantsiliste vahendite osas.

2.4. Arutelu, järeldused ja ettepanekud

Psüühilised erivajadused on delikaatne teema ning sageli ei söandata neid tunnistada. Tegelikuses on psüühiliste erivajadustega inimesed täisväärtuslikud ühiskonna liikmed, kes lihtsalt vajavad rohkem toetust ja juhendamist.

Uurimusest selgus, et kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöö spetsialistide teadlikkus erihoolekandeteenustest ja neid vajavatest psüühiliste erivajadustega inimestest on keskmine. Samas on nende teadmised mitmekülgsed, kuna oma igapäevatööd tehes on nad kokku puutunud paljude erinevate inimeste ja olukordadega. Uurimusest selguski, et sotsiaaltöö spetsialistide teadmised tulenevad põhiliselt praktikast. Samas tunti vajadust psüühilisi erivajadusi käsitlevate koolituste järele. Autori arvates võiksid sotsiaalametnikud olla rohkem teadlikud nii erihoolekandeteenustest kui ka psüühiliste erivajadustega inimeste eripäradest. Sotsiaaltöötajatelt küsitakse arvamust nii kohtust, rehabilitatsiooniasutustest, kui perearsti ja eriarstide poolt. Lisaks selgus, et paljud psüühiliste erivajadustega inimesed ja/või nende lähedased ei ole erihoolekandeteenustest teadlikud, mistõttu kohalike omavalitsuste sotsiaaltöötajatel võiks olla suurem roll nende teavitamisel ja nõustamisel.

Erihoolekande arengust ülevaadet koostades leiti, et juba 2000. aastal välja töötatud erihoolekandeteenuste süsteemi üheks eesmärgiks oli ennetada inimeste sattumist ööpäevaringsele hooldusele ning toetada nende koduses keskkonnas toimetulekut. Sotsiaalministeeriumi 2004. aastal valminud hoolekandekontseptsiooni järgselt mindi hoolekandeteenuste osutamisel üle subsidiaarsuse põhimõttele: kodanikule abi andmine toimub võimalikult lähedal inimesele ja leiab aset teda ümbritsevas keskkonnas. Kuid toetavaid erihoolekandeteenuseid osutatakse Harjumaa (v.a Tallinn) 23-st omavalitsusüksusest vaid kuues. Ülejäänutes peavad kodus elavad psüühiliste erivajadustega inimesed leppima muude kohapeal pakutavate sotsiaalteenustega. Muud teenused ei ole aga üldjuhul piisavad nende tegelike vajaduste rahuldamiseks.

Paavel jt (2000/2001: 55) on öelnud, et millegi ärahoidmine on lõppkokkuvõttes reeglina odavam, kui hilisem suure kõrvalekalde ja/või tagajärgede likvideerimine. Kui psüühilise erivajadusega inimesel oleks võimalik saada õigel ajal toetavaid erihoolekandeteenuseid oma kodukohas, siis ta ei peaks minema erihooldekodusse.

Toetavaid erihoolekandeteenuseid on vähesel määral võimalik sisse osta, peamiselt Tallinnast. Seega on rohkem võimalusi Tallinna naabervaldade elanikel, kellel on võimalik ise linna kohale sõita. Tallinna lähedus on omakorda kaasa toonud olukorra, et lähimavalitsustes loodetakse Tallinna peale ning ise teenuste osutamist ei ole ette võetud. Paljud inimesed ei ole teadlikud erihoolekandeteenustest ning seetõttu ei oska neid ka küsida. Kui teenuseid ei nõuta, siis ei teki ka motivatsiooni neid osutama hakata.

2008. aasta veebruaris avaldatud Riigikontrolli auditi aruandes toodi välja erihoolekandeteenuste kättesaadavuse probleem. Märgiti, et vajaliku teenuse nappuse tõttu toetatakse osa isikutest nende teenustega, mis on parasjagu kättesaadavad, kuid neile mitte sobivad. Riigikontrolli audit tõi välja küll erihoolekande kitsaskohad, kuid paraku ei ole siiani kasutusele võetud meetmeid motiveerimaks rohkem omavalitsusi ja muid instantse erihoolekandeteenuseid osutama.

Kõre (2007: 33) on öelnud, et Eesti sotsiaaltöö sisu määrab ära kohalik tasand, omavalitsustegelaste arusaamad. Suhtumisi on erinevaid, aga üldiselt on prioriteediks seadustega pandud kohustused. Seetõttu peaks riik motiveerima kohalikke omavalitsusi toetavaid erihoolekandeteenuseid osutama. Medar, Medar (2007: 67) on märkinud, et vajadus teenuste mahu suurendamise ning struktuuri mitmekesistamise järele kasvab pidevalt ning omavalitsus vajab sotsiaalteenuste osutamise käivitamiseks tõsist riigipoolset toetamist.

Praegu on veel võimalik Euroopa Liidu poolt tagatud rahade kasutamine ning neid võiks suunata näiteks päevakeskuste rajamiseks. Bakk, Grunewald (1999: 208-209) on väitnud, et päevakeskustes pakutav korrapärane aktiivne tegevus on oluline – nii saavad erivajadustega inimesed arendada oma teadmisi ja oskusi, mis läbi tekib võimalus muutuda iseseisvamaks ja ümbruskonnast vähem sõltuvaks.

Positiivsena võib uurimusest välja tuua, et paljud omavalitsused soovivad teha piirkondlikku koostööd erihoolekandeteenuste pakkumiseks. Väiksemate omavalitsuste puhul võibki koostöö ainukeseks variandiks osutada. Respondentide poolt väideti nimelt, et investeringu suuruse ja suhteliselt väikese klientide arvu tõttu ei ole mõistlik ise teenuseid osutama hakata.

Erihoolekandeteenuseid võib osutada ka mittetulundussektor. See ongi vahel ainus võimalus vajalikke teenuseid saada, nagu leidsid ka SA Haraka Kodu rajanud liitpuudega laste vanemad. Respondentide arvates on aga teenused seal väga kallid ning omavalitsused ja lähedased peavad riigipoolsele pearahale juurde maksma ning alati ei ole see võimalik.

2006. aastal avaldatud riiklike erihoolekandetasutuste ja -teenuste reorganiseerimise kava üheks oluliseks suunaks märgiti suurendada teenuste mahtu üle Eesti ja reorganiseerimise tulemusena likvideerida erihoolekandeteenuste järjekorrad. Eesmärgiks võeti teenuste mahu kooskõlla viimine prognoositud vajadusega (7000 inimesele) 2011. aastaks. 2011. aasta lõpu seisuga oli aga erihoolekandeteenuste saajaid vaid 4659. Sotsiaaltöö spetsialistid ja eksperdid tõid välja probleemi pikkade ootejärjekordadega erihoolekandeteenustele saamiseks. Kõige probleemsemana nimetati ööpäevaringse erihoolduse võimalusi. Ööpäevaringse teenuse kohtade arv ei kata nõudlust ning seetõttu satuvad psüühiliste erivajadustega inimesed tihti ka tavahooldekodudesse, mis aga ei vasta üldjuhul psüühiliste erivajadustega inimeste vajadustele. Nende viibimine seal võib osutada ebamugavaks teistele klientidele ja vastava ettevalmistuseta personalile.

Käesoleva töö teoreetilises osas anti ülevaade erihoolekandeteenuste korraldusest. Uurimusest selgus, et spetsialistide arvates on Eesti erihoolekandetasutuste iseenesest hästi välja töötatud ning aastate jooksul paremuse suunas arenenud. Olemasolevate pakutavate erihoolekandeteenuste puhul ei leitud eriti muutmist vajavaid aspekte, pigem toodi välja vajadus parandada teenuste kättesaadavust. Kõige suuremat nõudlust nähakse ööpäevaringse erihooldusteenuse osas, seetõttu peeti otstarbekaks nimetatud teenuse arendamisse panustada.

Muudatusi soovitati teha teenuste sihtgrupi osas – psüühikahäirega ja vaimupuudega inimeste eraldamine teenuste osutamisel, nii päevakeskustes kui hooldekodudes. Teoreetilises osas on selgitatud, et erineva diagnoosiga inimesed vajavad erinevat lähenemist (Probleemse käitumise... 2011: 15). Mõned respondendid leidsid, et teenuste rahastamine võiks olla paindlikum ja sõltuda näiteks teenuse osutamise mahust.

Vajadust nähti ka uute teenuste järele – enam nimetati psüühiliste erivajadustega inimeste päevahoiu ehk intervallhoiu teenust. Selline teenus annaks nende pereliikmetele võimaluse tööl käia, vahel ka puhkusele minna ning omakorda vähendaks omastehooldajate läbipõlemisohtu. Mitmed respondendid leidsid, et erihoolekandeteenuseid oleks mõnel juhul vaja ka noortele. Uurimusest selgus, et suurim probleem on noormeestega, kellel lisaks käitumishäiretele esineb ka vaimupuue või psüühikahäire. Seega oleks vaja alandada vanusepiiri teenustele saamiseks ja välja arendada spetsiaalne tugevdatud järelevalvega teenus noortele.

Perspektiivikaks loeti kogukonnas elamise teenust ning soovitati seda eelisarendada. Uurimusest selgus, et kogukonnas elamise teenuse laiendamine vähendaks nõudlust ööpäevaringse erihooldusteenuse järele ning on seejuures ka riigile soodsam. Kogukonnas elamine kaasab inimest rohkem igapäevastesse tegevustesse kui hooldekodus elamine ning suurendab seeläbi iseseisvat toimetulekut. Erihoolekandeteenuste kasutajate statistikast selgub, et 2011. aasta lõpu seisuga oli vaid 106 inimest kogukonnas elamise teenusel.

Uurimusest selgus, et respondentide arvates on erihoolekandeteenuste pakkumise peamine probleem ressursside vähesus. Kui konkreetsele elanikkonna grupile eraldatud raha maht ei muutu, siis Paavel jt (2000/2001: 17-18) järgi on kvaliteetse teenuse pakkumiseks võimalikult suurele hulgale järgmised võimalused: vähendada kallite teenuste osakaalu, kujundada rohkem väiksemamahulisi teenuseid ja hinnata võimalikult täpselt inimeste vajadusi.

Kokkuvõtvalt võib tõdeda, et kõik tõstatatud uurimisküsimused said vastused. Erihoolekandeteenused on küll korraldatud ja suures osas rahastatud riigi poolt, kuid teenuste jõudmisel vajajateni on oluline roll ka kohalikel omavalitsustel, seda nii teenustest teavitamise, teenustele saamiseks nõustamise kui teenuste osutamise osas. Nagu kõikides valdkondades, on ka sotsiaalhoolekandes oluline koostöö, seda enam, et sotsiaalvaldkonnas annab märgatavalt tunda ressursside puudus. Koostöö riigi, kohalike omavalitsuste, teenuse osutajate ja muude spetsialistide vahel on valdkonna arengu eelduseks ning aitaks kaasa ka erihoolekandeteenuste võimaluste paranemisele.

Lähtudes uurimuse tulemustest ja teooriast teeb autor mõned ettepanekud.

Ettepanek Vabariigi Valitsusele: viia kiiremini läbi haldusreform, et suureneks omavalitsuste haldussuutlikkus ja võimalused vajalikke teenuseid pakkuda.

Ettepanekud Sotsiaalministeeriumile:

- suurendada erihoolekandeteenuste riiklikku finantseerimist;
- teenuste arendamisse ja planeerimisse kaasata enam kohalike omavalitsuste sotsiaaltöö spetsialiste;
- eelisarendada kogukonnas elamise teenust;
- toetada finantsiliselt teenuse osutajaid elamispinna soetamisel kogukonnas elamise teenuse pakkumiseks;
- toetada finantsiliselt kohalikes omavalitsustes päevakeskuste rajamist psüühiliste erivajadustega inimestele;
- arendada välja psüühiliste erivajadustega inimeste intervall- ja päevahoiu teenus;
- langetada erihoolekandeteenustele õigustatud isikute vanusepiiri 16. aastani;
- korraldada kohalike omavalitsuste sotsiaaltöötajatele perioodiliselt infopäevi erihoolekandeteenuste tutvustamiseks ja koolitusi psüühiliste erivajadustega inimeste eripärade kohta.

Ettepanekud kohalikele omavalitsustele:

- leida võimalusi erihoolekandeteenuste osutamiseks;
- võtta sotsiaalosakonda tööle erivajadustega inimeste spetsialist, kes oleks spetsiaalse ettevalmistusega töötamaks nii füüsiliste kui psüühiliste erivajadustega inimestega.

Ettepanek psüühiliste erivajadustega inimeste lähedastele ja tugivõrgutele: tegutseda survegrupina aktiivsemalt.

Ettepanek Pärnu kolledžile: õppeainetes käsitleda põhjalikumalt psüühiliste erivajaduste temaatikat.

KOKKUVÕTE

Psüühiliste erivajadustega inimesed on üks haavatavamaid sotsiaalseid gruppe ühiskonnas ning seetõttu vajavad riigi poolt erilist tähelepanu. Kõigile vajajatele kättesaadavad, hästi korraldatud ja läbi mõeldud erihoolekandeteenused on olulised psüühiliste erivajadustega inimeste iseseisva toimetuleku arendamiseks ja inimväärse elukvaliteedi tagamiseks.

Käesoleva lõputöö eesmärgiks oli välja selgitada erihoolekandeteenuste võimalused, probleemid ja arenguvajadused Harjumaal.

Lõputöö teoreetilise osa koostamisel tutvuti erialase kirjandusega, valdkonda reguleerivate õigusaktide ning riiklike kontseptsioonide ja kavadega, et anda ülevaade psüühiliste erivajadustega inimeste eripäradest ja neile suunatud hoolekande teoreetilistest alustest, Eesti erihoolekande arengust, seadusandlikust regulatsioonist ning erihoolekandeteenuste korraldusest.

Töös püstitatud eesmärgi täitmiseks viidi läbi uurimus kasutades kvalitatiivset uurimismeetodit. Uurimus viidi läbi Harjumaa kohalikes omavalitsusüksustes. Objektiivsema ülevaate saamiseks jäeti välja Tallinn, sest viimane erineb teistest Harjumaa omavalitsustest laialdasemate võimaluste ja ressursside poolest. Valim jagunes kaheks: kohalike omavalitsuste sotsiaaltöö spetsialistid ning eksperdid, keda kaasati põhjalikuma ülevaate saamiseks. Andmeid koguti poolstruktureeritud intervjuude kaudu. Saadud andmete analüüsimiseks kasutati temaatilist analüüsi.

Analüüsiiti andmeid kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöö spetsialistide teadlikkusest erihoolekandeteenustest ja psüühiliste erivajadustega inimestest, erihoolekandeteenuste saamise ja osutamise võimalustest kohalikes omavalitsustes, respondentide hinnangutest erihoolekandeteenustele üldiselt, teenuste kättesaadavusele ja arenguvajadustele. Lisaks

analüüsi andmeid riskidest vajalikest erihoolekandeteenustest ilmajäämise korral nii psüühiliste erivajadustega inimeste, nende lähedaste kui ka sotsiaaltöö spetsialistide seisukohast.

Uurimusest selgus, et olemasolevad võimalused erihoolekandeteenuste kättesaadavuse osas on kesised. Üheks probleemiks on toetavate teenuste osutajate väike arv. Psüühiliste erivajadustega inimestel on võimalik toetavaid erihoolekandeteenuseid oma kodukandis saada vaid ligi veerandis Harjumaa omavalitsustes. Teised peavad leppima muude kohapeal pakutavate sotsiaalteenustega, mis aga ei vasta nende vajadustele. Vähesel määral on võimalik erihoolekandeteenuseid saada neid osutavas lähiomavalitsuses. Toetavaid erihoolekandeteenuseid on võimalik sisse osta peamiselt Tallinnast ja seega on rohkem võimalusi Tallinna naabervaldade elanikel.

Kõige probleemsemaks peeti ööpäevaringse erihoolduse võimalusi, sest nimetatud teenusele saamiseks on aastatepikkused ootejärjekorrad. Erihooldekodude kohtade arv ei vasta nõudlusele ning seetõttu satuvad psüühiliste erivajadustega inimesed ka tavahooldekodudesse, kus pakutav ei vasta nende vajadustele. Sageli hooldavad neid lähedased, keda võib hoolduskoormuse tõttu tabada stress ja läbipõlemine. Kõige suuremat nõudlust nähti ööpäevaringse erihooldusteenuse osas, seetõttu peeti otstarbekaks nimetatud teenuse arendamisse panustada.

Ühe vajadusena toodi välja uute teenuste arendamine. Enim nimetati päeva- või intervallhoiu teenust. Selline teenus kergendaks omastehooldajate koormust ning annaks neile võimaluse tööl käia, et vältida majandusraskustesse või ise abivajajate hulka sattumist. Olemasolevatest teenustest soovitati eelisarendada kogukonnas elamise teenust. Kogukonnas elamine kaasab inimest rohkem, kui hooldekodus elamine, igapäevastesse tegevustesse ning suurendab seeläbi iseseisvat toimetulekut. Kogukonnas elamise teenuse laiendamine vähendaks nõudlust ööpäevaringse erihooldusteenuse järele ning on seejuures ka riigile soodsam.

Uurimusest selgus, et spetsialistide arvates on Eesti erihoolekandesüsteem iseenesest hästi välja töötatud. Kõiki olemasolevaid teenuseid peeti oluliseks ning muuta soovitati vaid nüansse nagu sihtgrupi diferentseerimine asutustes ja teenuste paindlikumaks muutmine. Paljud kohalike omavalitsuste sotsiaaltöö spetsialistid soovisid teha

piirkondlikku koostööd, sest enda ressursse ei peetud piisavaks. Lisaks rahastamise suurendamisele on koostöö erinevate tasandite vahel väga oluline erihoolekandeteenuste arendamisel ja kättesaadavuse parandamisel.

Probleemid teenuste kättesaadavusega toodi välja Riigikontrolli auditi aruandes 2008. aastal. Uurimusest selgus, et olukord ei ole viie aastaga eriti paremaks muutunud. Autori ettepanek survegruppide aktiivsemaks tegutsemiseks aitaks kaasa probleemide teadvustamiseks ning loodetavasti ka võimaluste paranemiseks. Sotsiaalministeeriumile suunatud ettepanekud aitaksid kaasa pakutavate erihoolekandeteenuste edasi arendamiseks ning uute teenuste planeerimiseks.

Uurimuse käigus saadi mitmekesist informatsiooni erihoolekandevaldkonna kitsaskohtadest ning uurimist vajavatest teemadest. Eraldi uuringut vajaks psüühiliste erivajadustega inimeste ja nende lähedaste teadlikkus erihoolekandeteenustest, et töötada välja toimiv teavitussüsteem. Huvipakkuv võiks olla ka juba teenust saavate inimeste hinnang erihoolekandeteenuste kvaliteedile ja arenguvajadustele.

Psüühiliste erivajadustega inimesed vajavad enam tähelepanu erihoolekandeteenuste korralduse ja kättesaadavuse osas, et iga inimene saaks õigeaegselt endale vajalikku teenust.

VIIDATUD ALLIKAD

Bakk, A., Grunewald, K. 1999. Vaimupuudega inimeste hoolekandest. Tallinn: Koolibri.

Bigby, C., Frawley, P. 2010. Social work practice and intellectual disability. Basingstoke (Hampshire); New York: Palgrave Macmillan.

Corcoran, J., Walsh, J. 2013. Assessment. Mental health in social work: a casebook on diagnosis and strengths based assessment. 2nd ed. Boston: Pearson, pp. 1-27.

Eesti sotsiaalkaitse süsteemi korralduse efektiivsuse analüüs. 2011. Poliitikauuringute Keskus Praxis.

[http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/kogumik/SOTSAN_analyys_loppraport.pdf] 11.03.2013.

Eesti Vabariigi põhiseadus 1992. – Riigi Teataja 1992, nr 26, art 349.

Eesti vaimse tervise poliitika alusdokument. 2002. Poliitikauuringute Keskus Praxis. [<http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/1157/1/Praxis2002.pdf>] 10.02.2013.

Erihoolekandeteenused. 2013. Sotsiaalkindlustusamet.

[<http://www.ensib.ee/erihoolekanne/>] 02.02.2013.

Erihoolekandeteenused 2011 aasta. H-Veeb. Sotsiaalministeerium.

[<http://213.184.49.169/hveeb/index.php?sid=97201305111817511108637&tid=7027512012011609340553680010005022002101413075195295403027168&id2=142201201021643121540407166>] 30.04.2013.

Erihoolekande teenuste osutajad. 2013. Sotsiaalkindlustusamet.

[<http://www.ensib.ee/halduslepingud-hoolekande-teenuse-osutamiseks-3/>] 03.02.2013.

Erihoolekandeteenuste teenusstandard.

[<http://www.ensib.ee/public/teenusstandardid/atserihoolekanne2011.pdf>] 08.02.2013.

Flick, U. 2007. Designing qualitative research. Los Angeles [etc.]: SAGE.

Haraka Kodu. [<http://www.harakakodu.ee/et/meist>] 30.03.2013.

Harju maakond. Statistikaamet. [<http://www.stat.ee/ppe-harju-maakond>] 02.02.2013.

Henberg, A., Muller, K. 2012. Perekonna kohustused (sotsiaalsete probleemide tõttu) abi vajavate pereliikmete ees. Tallinn.

[http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/kogumik/SoM_anaalüüs_perekonna_abistamiskohustused_abi_vajavate_pereliikmete_ees_lopptekst_märts_.pdf] 30.03.2013.

Kaarlõp, D. 2007. Hoolekandeaastute reorganiseerimisest. – Sotsiaaltöö nr 4/2007, lk. 8-10.

Kokk, P., Kurves, T. 2006. Riiklike erihoolekandeaastute ja -teenuste reorganiseerimise kava. Sotsiaalministeerium.

[http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/puudega_inimestele/Erihoolekandeteenused/Riiklike_erihoolekandeaastute_ja_teenuste_reorganiseerimise_kava.pdf] 02.02.2013.

Kõre, J. 1998. Eesti sotsiaalse kaitse arengulugu. Sotsiaalkaitse Eestis. Sõnastik-käsiraamat. Phare Consensus (kaudviide).

Kõre, J. 2005. 80 aastat riiklikult korraldatud hoolekannet Eestis. – Sotsiaaltöö, nr 3/2005, lk. 22-25.

Kõre, J. 2007. Sotsiaalteenuste arengut mõjutavad tegurid Eestis. – Sotsiaaltöö, nr 3/2007, lk. 33.

Linno, T. 2010. Puuetega täiskasvanute toimetulek ning puudega kaasnev hoolduskoormus. Poliitikaanalüüs. Sotsiaalministeeriumi toimetised, nr 7/2010.

Medar, M. 2002. Sotsiaalteenused, kellele ja miks? – Sotsiaalteenused – kellele, miks ja kuidas? Pärnu: Tartu Ülikooli Pärnu kolledž, lk 9-46.

Medar, M., Medar, E. 2007. Riigi ja kohalike omavalitsuste poolt rahastatavad sotsiaaltoetused ja -teenused. Tartu: Tartu Ülikooli kirjastus.

Mental Health. – Encyclopedia of Disability. 2006. Volume III. Peatoimetaja Albrecht, G. L. Thousand Oaks (Calif.) [etc.]: SAGE Publications, pp. 1075-1077.

Mental Health. – Encyclopedia of Social Work. 2008. Volume 3: J-R. 20th ed. Vastutavad toimetajad Mizrahi, T., Davis, L. E. Oxford [etc.]: Oxford University Press, pp. 221-237.

Mändmaa, M. 2011. Erihoolekandeteenuste kvaliteediprojektid AS-is Hoolekandeteenused. – Sotsiaaltöö nr 1/2011, lk 22-23.

Paavel, V., Kõrgesaar, J, Sarjas, A., Vasar, V. 2000/2001. Psüühilise erivajadusega inimeste hoolekanne Eestis. Käsiraamat. Eesti Vabariigi Sotsiaalministeerium. [http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/puudega_inimestel_e/Erihoolekandeteenused/K%C3%A4siraamat_Ps%C3%BC%C3%BChilise_erivajadusega_inimeste_hoolekanne_Eestis.pdf] 23.02.2013.

Palmiste, L. 2011. Kohalik omavalitsus eestkostjana. – Sotsiaaltöö nr 6/2011, lk 13-17.

Parandatud ja täiendatud Euroopa sotsiaalharta. – Riigi Teataja II osa, 2000, nr 15, art 93.

Paunküla Hooldekeskus. [<http://www.hooldekeskus.ee/>] 30.03.2013

Payne, M. 2011. Humanity. – Humanistic social work. Basingstoke (Hampshire): Palgrave Macmillan, pp 1-31.

Perekonnaseadus. – Riigi Teataja I osa 2009, nr 60, art 395.

Probleemse käitumise ennetamise ja juhendamise hea tava käsiraamat. 2011. Koostajad: Tõnisson, U., Salumaa, M., Klaassen, A. Välja andnud: MTÜ Hoolekande Ekspertiisi- ja Nõustamiskeskus.

[http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/puudega_inimestele/Erihoolekandeteenused/Probleemse_k%C3%A4itumise_ennetamise_ja_juhendamise_hea_tava_k%C3%A4siraamat.pdf] 03.02.2013.

Puudega inimesed. Sotsiaalministeerium. [<http://www.sm.ee/sinule/puudega-inimesele.html>] 02.02.2013.

Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seadus. – Riigi Teataja 1999, nr 16, art 273.

Puuetega inimeste õiguste konventsioon ja fakultatiivprotokoll. – Riigi Teataja II osa, 2012, nr 6.

RHK-10/V – Psüühika- ja käitumishäired. Tartu Ülikooli kliinikum. [<http://www.kliinikum.ee/psyhiaatriakliinik/lisad/ravi/RHK/RHK10-FR17.htm>] 03.03.2013.

Riigi tegevus psüühiliste erivajadustega isikute riikliku hoolekande korraldamisel. 2008. Riigikontrolli aruanne riigikogule. Tallinn. [<http://www.riigikontroll.ee/tabid/206/Audit/2025/language/et-EE/Default.aspx>] 03.02.2013.

RL006: Rahvaarv, pindala ja asustustihedus haldusüksuse järgi, 31. detsember 2011. Statistikaamet. [<http://pub.stat.ee/pxweb.2001/Dialog/varval.asp?ma=RL006&lang=2>] 20.03.2013.

Sotsiaalhoolekande seadus. – Riigi Teataja I osa, 1995, nr 21, art 323.

Sotsiaalhoolekande seaduse, puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seaduse ja nendega seonduvate seaduste muutmise seaduse seletuskiri. 2009. Sotsiaalministeerium. [http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/puudega_inimestele/Erihoolekandeteenused/Sotsiaalhoolekande_seaduse_erihoolekandeteenuste_regulatsiooni_puudutava_muudatuse_seletuskiri__2009_.pdf] 02.02.2013.

Sõmer, S. 2007. Erihoolekanne muutuste tuules. AS Hoolekandeteenused on loodud. – Sotsiaaltöö nr 4/2007, lk 4-7.

Tavits, G. 2006. Sotsiaalhooldusõigus. Tallinn: Kirjastus Juura.

Tegevusjuhendaja käsiraamat. 2010. Toimetajad Rahu, A., Otepalu, M. Tervise Arengu Instituut. Tallinn: Tervise Arengu Instituut.

Tervis, töö ja sotsiaalelu 2000-2010. 2011. Tallinn: Sotsiaalministeerium.

Tooman, H. 2002. Sotsiaaltöötaja kui klienditeenindaja roll sotsiaalteenuste tervikliku kvaliteedi kujundamisel. – Sotsiaalteenused – kellele, miks ja kuidas? Pärnu: Tartu Ülikooli Pärnu kolledž, lk 85-121.

Vabariigi Valitsuse 29. jaanuari 2009. a määruse nr 20 „Erihoolekandeteenuste maksimaalsed maksumused, kulude koostisosad ja riigieelarvest makstava tasu maksmise täpsemad tingimused ja kord“ muutmine. – Riigi Teataja I osa, 02.02.2013, 1.

Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs. 2012. Koostajad: Bogdanov, H., Pertel, T. Tervise Arengu Instituut.

[<http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/4863/1/Bogdanov2012.pdf>] 03.02.2013.

World Report on Disability. 2011. World Health Organization.

[http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_NMH_VIP_11.01_eng.pdf] 03.03.2013.

Ühendatud Rahvaste Organisatsiooni töö. 2005. [http://www.iseseisev-elu.ee/ee_un.pdf] 28.02.2013.

Üldinfo. 2013. AS Hoolekandeteenused.

[<http://www.hoolekandeteenused.ee/pages/valisveeb/ettevottest/ueldinfo.php>] 30.03.2013.

LISAD

Lisa 1. Erihoolekandeteenuste kirjeldused

Igapäevaelu toetamise teenuse eesmärgiks on isiku parim võimalik iseseisev toimetulek ja areng läbi psühhosotsiaalse toimetuleku toetamise, igapäevaelu toimetulekuoskuste ja tööoskuste kujundamise ning isikuga koos elavate isikute nõustamise. Igapäevaelu toetamise teenuse puhul on tegemist teenusega, mis on mõeldud suhteliselt toimetuleva ja iseseisva inimese tavakeskkonnas toetamiseks, tema tegevusvõime säilitamiseks, arendamiseks ja suurendamiseks. Teenusega püütakse ära hoida isiku toimetuleku taandumist ning seetõttu erihooldekodusse sattumist. Igapäevaelu toetamise teenuse raames pakutakse inimesele igakülgset tuge elus hakkama saamiseks ja igapäevatoimingute tegemiseks. Toe olemasolul suudavad raske, sügava või pikaajalise psüühikahäirega isikud tulla toime oma elukorraldusega ning sulanduda ühiskonda. Teisalt pakub igapäevaelu toetamise teenus võimalust olla aktiivne ja tegutseda neil inimestel, kes ei tule toime töötamisega ei töötamise toetamise teenuste ega tavatöö tingimustes. Aktiivne olemine toetab ka tervislikku seisundit ning vähendab haiglasviibimiste arvu. (Sotsiaalhoolekande seaduse, puuetega... 2008: 44)

Töötamise toetamise teenuse eesmärgiks on juhendada ja nõustada isikut tema iseseisva toimetuleku toetamiseks ja elukvaliteedi parandamiseks tema võimetele sobiva töö otsimisel. Töötamise toetamise teenuse puhul on tegemist on n-õ eriteenusega raske, sügava või pikaajalise psüühikahäirega isikutele. Vajadus teenuse järele tekib juhul, kui inimesele ei piisa ainult tööturuteenustest või nende kohandamine antud isikule on keeruline. Töötamise toetamise teenusel toetatakse inimest rohkem kui tööturuteenustel, sisuliselt läbitakse kogu tööle saamise protsess inimesega koos, eesmärgiks on tagada inimese aktiivsus, iseseisvus, enesekindlus oma elu korraldamise ja juhtimise küsimustes läbi töötamise. (Samas: 49)

Lisa 1 järg

Toetatud elamise teenuse eesmärgiks on isiku sotsiaalse toimetuleku ja integratsiooni toetamine temale eluruumi kasutusse andmise võimaluse loomises koos juhendamise ja juhendamise ja igapäevase elu korraldamises, eesmärgiga tagada isiku võimalikult iseseisev toimetulek iseseisval elamisel. Toetatud elamise teenusega soodustatakse psüühiliste erivajadustega inimestele iseseisva toimetuleku võimaluste loomist koos elukoha üürimise võimaluse tagamisega. Tegemist on kompleksse teenusega, kus pakutakse isikule nii toimetulekuõpet kodus ja koduse majandamisega seotud oskusi ning lisaks sellele elamispinda. Toetatud elamise teenus valmistab inimesi ette elama iseseisvalt. Toetatud elamise teenuse eesmärgiks ei ole inimese elamispinna puudumise probleemi lahendamine, vaid koos elamispinna pakkumisega õpetada inimesi iseseisvalt toime tulema. Toetatud elamise teenuse raames on võimalik välja arendada erinevaid elamise vorme: grupikodu, individuaalne elamine, toetatud elamine suurema toega, harjutamiseks iseseisvat elamist, nt hooldekodust iseseisvasse ellu elama asumisel või suurema individuaalsusastmega elamine tavaelukeskkonnas. (Sotsiaalhoolekande seaduse, puuetega... 2008: 52-53)

Kogukonnas elamise teenuse sisuks on 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. Kogukonnas elamise teenuse ideoloogia on peremudeli järgi elamine (tegevusjuhendajad ei käi tööl vahetustega nagu hooldekodu ööpäevaringsetel teenustel vaid tihti elavad teenusele suunatud isikutega samades ruumides) ning töötamine ühises majapidamises. Peresarnane elukorraldus sisaldab üksteisega rohkem arvestamist, ühist majapidamist, eelarve planeerimist ning koos igapäevaelu toimingute tegemist (nt toidu valmistamine jm). Kogukonnas elamise teenuse omapäraks on ka see, et tegevusjuhendaja peab olema teenusel viibivatele isikutele kättesaadav ka õhtusel ja ööajal. Selline lähenemine sobib eelkõige vaimupuudega inimestele, kelle jaoks on oluline turvatunne, muutumatu keskkond, üks ja sama töötaja. Ööpäevaringselt inimesega ei tegelda, kuid tegevusjuhendaja kättesaadavus tagab vajadusel abi ka öösel,

Lisa 1 järg

mis annab turvalise keskkonna teenusel viibivatele isikutele, kuid tegemist ei ole ööpäevaringse hooldusega. (Samas: 55-56)

Ööpäevaringne erihooldusteenus on isiku ööpäevaringne hooldamine ja arendamine koos majutus- ja toitlustusteenuse osutamisega, eesmärgiga tagada teenusel viibiva isiku iseseisva toimetulekuvõime säilitamine ja suurendamine ning isiku arendamine ja turvaline elukeskkond teenuse osutaja territooriumil. Ööpäevaringse erihooldusteenuse sisulistest tegevustest on olulisim igapäevaelu toetamise teenuse sisuks olevate tegevuste ellu viimine. Kuigi ööpäevaringsel erihooldusteenusel olevad inimesed vajavad ööpäevaringset kõrvalabi ja järelevalvet, siis ka nende puhul on tegevussuunaks arengu ja igapäevaelu toimetuleku toetamine, kuid isikutele osutatava toetuse määr ja intensiivsus on suurem võrreldes igapäevaelu toetamise teenusega (töötajate arv on suurem). (Sotsiaalhoolekande seaduse, puuetega... 2008: 57)

Ööpäevaringsel erihooldusteenusel osutatakse teenust erinevate hooldusvajadustega isikutele. Nendeks gruppideks on (Samas: 59):

- sotsiaalhoolekande seaduse §-s 11 nimetatud isikud, kes vastavad järgmistele tingimustele: isikul on raske, sügava või püsiva kuluga psüühikahäire; isikul on puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seaduse alusel tuvastatud raske või sügav puude raskusaste; 18-aastaselt kuni riikliku pensionikindlustuse seaduse §-s 7 sätestatud vanaduspensioniiikka jõudnud isikul on tuvastatud töövõime kaotus vähemalt 80 protsenti (Sotsiaalhoolekande seadus 1995);
- ebastabiilse remissiooniga raske, sügava või püsiva kuluga psüühikahäirega isikud;
- sügava liitpuudega isikud;
- kohtumääruse aluse teenusele paigutatud isikud.

Ebastabiilse remissiooni korral vahelduvad paranemise ja haiguse ägenemise hood pidevalt ja seisund on sageli muutuv. Sügavaks liitpuudeks ööpäevaringse erihooldusteenuse tähenduses on sügav vaimne alaareng ja muu puude olemasolu puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seaduse alusel, nt liikumispuue, nägemispuue, kuulmispuue vm. (Sotsiaalhoolekande seaduse, puuetega... 2008: 59)

Lisa 2. Erihoolekandeteenuste osutajad Harjumaal (v.a Tallinn)

Teenuse osutaja	Osutatavad teenused	Maksimaalne isikute arv	Rahastatavate kohtade arv
Anija Vallavalitsus (Kehra Päevakeskus)	Igapäevaelu toetamine	4	4
	Töötamise toetamine	2	2
	Toetatud elamine	2	2
Keila Linnavalitsus (Keila Sotsiaalkeskus)	Igapäevaelu toetamine	37	27
	Töötamise toetamine	30	20
	Toetatud elamine	15	12
Kose Vallavalitsus (Päevakeskus)	Igapäevaelu toetamine	12	7
	Toetatud elamine	8	7
Kuusalu Vallavalitsus (Almakeskus)	Igapäevaelu toetamine	10	9
	Töötamise toetamine	10	5
	Toetatud elamine	5	1
Saku Vallavalitsus (Päevakeskus)	Igapäevaelu toetamine	12	8
	Töötamise toetamine	3	2
	Toetatud elamine	5	1
Vasalemma Vallavalitsus (Päevakeskus)	Igapäevaelu toetamine	5	4
AS Hoolekandeteenused Vääna-Viti Kodu	Igapäevaelu toetamine	4	4
	Töötamise toetamine	2	2
	Toetatud elamine	4	4
	Kogukonnas elamine	25	25
AS Hoolekandeteenused Valkla Kodu	Igapäevaelu toetamine	2	1
	Töötamise toetamine	2	1
	Toetatud elamine	2	1
	Ööpäevaringne erihooldusteenus	108	108
	Ööpäevaringne erihooldusteenus kohtumäärusega paigutatud isikule	94	94
AS Hoolekandeteenused Kehra Kodu	Ööpäevaringne erihooldusteenus	40	40
	Ööpäevaringne erihooldusteenus sügava liitpuudega isikule	20	20
AS Hoolekandeteenused Kernu Hooldekodu	Igapäevaelu toetamine	4	4
	Töötamise toetamine	5	4
	Toetatud elamine	10	8
	Ööpäevaringne erihooldusteenus	63	60
AS Hoolekandeteenused Ravila Hooldekodu	Ööpäevaringne erihooldusteenus	52	50
SA Haraka Kodu	Ööpäevaringne erihooldusteenus sügava liitpuudega isikule	9	2
MTÜ Paunküla Hooldekeskus	Igapäevaelu toetamine	6	6
	Toetatud elamine	6	6
	Ööpäevaringne erihooldusteenus	14	9

Autori koostatud (Erihoolekande teenuste osutajad; 01.02.2013 seisuga).

Lisa 3. Rahvastiku info Harjumaal (v.a Tallinn)

Omavalitsusüksus	Elanike arv*	Psüühikahäirega isikute arv **
Keila linn	9763	150
Loksa linn	2759	62
Maardu linn	17524	327
Paldiski linn	4085	71
Saue linn	5514	57
Aegviidu vald	761	11
Anija vald	5731	158
Harku vald	14181	132
Jõelähtme vald	6462	59
Keila vald	5318	78
Kernu vald	2404	86
Kiili vald	5155	54
Kose vald	5673	158
Kuusalu vald	6412	239
Kõue vald	1624	55
Nissi vald	2902	50
Padise vald	1528	18
Raasiku vald	4579	67
Rae vald	15721	98
Saku vald	9618	112
Saue vald	10759	94
Vasalemma vald	2699	43
Viimsi vald	18533	97

*Elanike arv 2011 aasta rahvaloenduse andmetel. (RL:006... 2013)

**Psüühikahäirega isikute arv 19.03.2013 seisuga. (Andmed pärinevad Sotsiaalkindlustusameti andmebaasist, avalik päring juhtumikorraldajale.)

Siinkohal on oluline juhtida tähelepanu asjaolule, et Sotsiaalkindlustusamet ei oma ülevaadet palju on psüühikahäirega isikuid Harjumaal kokku, nad saavad anda isikute arvu, kellel psüühikahäire on põhjustanud püsiva töövõimetuse või puude raskusastme.

Lisa 4. Intervjuu küsimused sotsiaaltöö spetsialistile

1. Sotsiaaltöö spetsialistide teadlikkus erihoolekandeteenustest ja neid vajavatest inimestest

1.1. Kui kaua olete töötanud praegusel töökohal; kui kaua sotsiaalvaldkonnas?

1.2. Millist informatsiooni omate psüühiliste erivajadustega inimestest omavalitsuse territooriumil?

1.3. Millised on olnud Teie tööalased kokkupuuted psüühiliste erivajadustega inimestega?

1.4. Millised on olnud Teie tööalased kokkupuuted erihoolekandeteenustega?

1.5. Millistest teadmistest erihoolekandeteenuste osas tunnete puudust?

2. Erihoolekandeteenuste võimalused kohalikus omavalitsuses

2.1. Milliseid erihoolekandeteenuseid osutatakse Teie vallas/linnas?

2.2. Milliseid teistes omavalitsusüksustes osutatavaid erihoolekandeteenuseid kasutavad Teie linna/valla inimesed?

2.3. Kuidas toimib koostöö rehabilitatsiooniasutustega?

2.4. Kuidas toimib koostöö erihoolekandeteenuseid osutavate asutustega?

2.5. Milliseid erihoolekandeteenuseid oleks Teie vallas/linnas (juurde) vaja?

3. Erihoolekandeteenuste kättesaadavus

3.1. Kas Teie hinnangul on erihoolekandeteenused klientidele piisaval määral kättesaadavad Harju maakonnas?

3.2. Kas on olnud juhtumeid, kus peate leidma alternatiivseid lahendusi (toetusi või muid teenuseid) oma linnas/vallas elavatele psüühiliste erivajadustega inimestele?

Lisa 4 järg

3.3. Mida tuleks teha erihoolekandeteenuste kättesaadavuse parandamiseks Harju maakonnas?

4. Sotsiaaltöö spetsialistide hinnangud erihoolekandeteenustele

4.1. Kuidas hindate erihoolekandesüsteemi Eestis?

4.2. Milliseid erihoolekandeteenuseid peate kõige olulisemaks?

4.3. Mida võiks psüühiliste erivajadustega inimestele osutatavate teenuste puhul ümber korraldada?

4.4. Milliseid erihoolekandeteenuseid peaks eelisarendama?

4.5. Milliseid (eri)hoolekandeteenuseid tuleks veel välja arendada lisaks olemasolevatele?

4.6. Kuidas toimib koostöö Sotsiaalkindlustusameti juhtumikorraldajatega?

5. Klientidele vajalikest erihoolekandeteenustest ilmajäämise riskid ja tagajärjed

5.1. Millised riskid kaasnevad Teie hinnangul erihoolekandeteenuste puudumisel või nende saamisel ebapiisavas mahus?

5.2. Millised on kõige suuremad takistused töös psüühiliste erivajadustega inimestega?

5.3. Millised on Teie ettepanekud erihoolekandeteenuste paremaks korraldamiseks?

Lisa 5. Intervjuu küsimused juhtumikorraldajale

1. Kuidas psüühiliste erivajadustega inimesed tavaliselt Teieni jõuavad?
2. Kuidas toimib koostöö rehabilitatsiooniasutustega?
3. Kuidas toimib koostöö erihoolekandeteenuste osutajatega?
4. Millised on Teie koostöösuhted Harjumaa kohalike omavalitsuste sotsiaaltöö spetsialistidega?
5. Kas Teie hinnangul on erihoolekandeteenused Harju maakonnas klientidele piisaval määral kättesaadavad?
6. Kuidas hindate erihoolekandesüsteemi Eestis?
7. Milliseid erihoolekandeteenuseid peate kõige olulisemaks?
8. Milliseid erihoolekandeteenuseid peaks Teie arvates eelisarendama?
9. Milliseid erihoolekandeteenuseid tuleks veel välja arendada lisaks olemasolevatele?
10. Millised on kõige suuremad takistused töös psüühiliste erivajadustega inimestega?
11. Millised on erihoolekande valdkonna probleemid, millega olete kokku puutunud?
12. Millised on Teie ettepanekud erihoolekandeteenuste paremaks korraldamiseks?

Lisa 6. Intervjuu küsimused teenuse osutajale

1. Kuidas psüühiliste erivajadustega inimesed tavaliselt Teie juurde satuvad?
2. Kui teadlik olete psüühiliste erivajadustega inimestest Harjumaal?
3. Kuidas toimib koostöö rehabilitatsiooni asutustega?
4. Kuidas toimib koostöö Sotsiaalkindlustusameti juhtumikorraldajatega?
5. Millised on Teie koostöösuhted Harjumaa kohalike omavalitsuste sotsiaaltöö spetsialistidega?
6. Kas Teie hinnangul on erihoolekandeteenused Harju maakonnas klientidele piisaval määral kättesaadavad?
7. Kuidas hindate erihoolekandesüsteemi Eestis?
8. Milliseid erihoolekandeteenuseid peate kõige olulisemaks?
9. Milliseid erihoolekandeteenuseid peaks Teie arvates eelisarendama?
10. Milliseid erihoolekandeteenuseid tuleks veel välja arendada lisaks olemasolevatele?
11. Millised on kõige suuremad takistused töös psüühiliste erivajadustega inimestega?
12. Millised on Teie ettepanekud erihoolekandeteenuste paremaks korraldamiseks?

SUMMARY

AVAILABILITY AND DEVELOPMENT NEEDS OF SPECIAL CARE SERVICES ON THE EXAMPLE OF HARJU COUNTY

Lemmi Park

People with mental disorders are one of the most vulnerable social groups who need special attention and state support. In order to develop independent coping and ensure decent quality of life, people with mental disorders need well-organised special care services. The special care services are directed to grown-up persons who have developed a greater need for personal assistance and supervision due to severe or permanent mental disorder.

The aim of the present study is to determine the possibilities, problems and development needs of special care services in Harju County.

Based on the results of the study, the problem of availability of special care services should be highlighted. It is necessary to find out deficiencies and problems of special care services and plan improvement measures to help independent coping and improve the quality of life of people with mental disorders.

The author of the present study has raised the following questions:

- what is the awareness among social work specialists in local governments of special care services and people who need these services;
- what are the possibilities for special care services in local governments;
- how is availability of special care services evaluated;
- how are special care services and their development needs evaluated;
- what are the risks of not receiving necessary special care services.

An empirical study with the use of qualitative research method was conducted in the local government bodies in Harju County. To maintain objectivity Tallinn was excluded, because it differs from other local governments of Harju County with its possibilities and resources.

The study revealed that the awareness of special care services and people who need them among social work specialists is average. The social work specialists gain their knowledge mainly from practice. They felt the need for schooling about mental disorders. The study has also shown that the awareness of special care services among people with mental disorders and their families is poor. The social work specialists in local governments should play a bigger role in informing and advising these people.

The study revealed that existing possibilities of availability of special care services are unsatisfactory. One problem is the small number of service providers. Only a quarter of the Harju County local governments can offer special care services to people with mental disorders. The rest are able to offer other social services. But other social services are not sufficient to satisfy the needs of people with mental disorders.

According to the evaluations of the respondents, the most problematic issue is the 24 hour caretaking for people with mental disorders. Respondents described the years-long queues to receive 24-hour caretaking. Special care institutions' capacities do not meet the demands and therefore people with mental disorders are placed into residential care homes that do not satisfy their needs. Care is often provided by family members who may therefore suffer from stress and financial difficulties.

The respondents also pointed out the need for the development of new services. The most mentioned new service was a day-care or interval-care service. This type of service could relieve the burden of family members. Among the existing services the priority should be given to the development of community living. Living in a community involves people in daily activities more effectively than living in a residential care home and enhances independent coping. Increasing the community living service would reduce the demand for the 24 hour caretaking service and is less costly for the state as well.

The study revealed the specialists' viewpoint that Estonian special care system is well developed. All the existing services were regarded as useful and only minor changes were considered necessary. Many social work specialists emphasised the need for regional cooperation in the situation of limited resources. Better funding and cooperation between different levels would promote the development of special care services and improve availability of the services.

As a result of the study, all the raised questions were answered. The collected information can be used in the development and planning of special care services. Availability of the services necessary for people with mental disorders still needs improvement.

The main recommendations that will be submitted to the Ministry of Social Affairs are as follows: to raise the funding of special care services, to give priority to the development of living in a community, to develop a day-care service for adults with mental disorders, to support local governments in establishing day-care centres for people with mental disorders.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Lemmi Park, sündinud 30.04.1975,

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

„Erihoolekandeteenuste kättesaadavus ja arenguvajadused Harjumaa näitel“,

mille juhendaja on Anne Rähn,

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

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

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

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

Pärnus, 14.05.2013