

TARTU ÜLIKOOL

Pärnu Kolledž

Sotsiaaltöö korralduse osakond

Kirsi Kivi

**ÖÖPÄEVARINGSE HOOLDUSVAJADUSEGA  
KLIENTIDE ELUKOHA VAHETUSE PROTSESSI  
KAVANDAMINE**

Lõputöö

Juhendaja: Lektor Anne Rähn

Pärnu 2014

## SISUKORD

Sissejuhatus .....	3
1. Ööpäevaringse erihooldusteenuse teoreetiline käsitus.....	5
1.1. Ööpäevaringne erihooldusteenus sügava liitpuudega kliendile.....	5
1.2. Ööpäevaringset erihooldusteenust pakkuvad asutused ja nende areng .....	13
1.3. Erihooldusteenust pakkuvatele asutustele seatud nõuded ja soovituslikud ettepanekud.....	18
1.4. Elukohavahetusega seotud kohanemine ja sellest tekkivad võimalikud kohanemisprobleemid/häired .....	25
2. Uurimus ööpäevaringse hooldusvajadusega klientide elukohavahetuse protsessi kavandamisest .....	33
2.1. Uurimusprobleemiseade, uurimuseesmärk ja –küsimused.....	33
2.2. Uurimusmeetod ja selle läbiviimine .....	35
2.3. Uurimuse valimi kirjeldus .....	37
2.4. Uurimuse tulemused .....	40
2.4.1. Asutusse kolimine .....	40
2.4.2. Asutusest lahkumine.....	48
2.5. Arutelu, järeldused ja ettepanekud.....	57
Kokkuvõte .....	64
Viidatud allikad.....	66
Lisad.....	72
Lisa 1. Ööpäevaringisel erihooldusteenusel olevate sügava liitpuudega klientide elukohavahetus protsessi kavandamine.....	72
Lisa 2. Ööpäevaringset erihooldusteenust pakuvate asutuste andmed.....	76
Summary .....	77

## SISSEJUHATUS

Alates Eesti Vabariigi taasiseseisvumisest on hoolekandesüsteem arenenud kiirelt paremuse suunas. Erihoolekanne on läbi teinud suured muutused, et saavutada taset, mis vastab teiste arenenud riikide tasemele. Vastamaks Euroopa Liidu tasemele on välja töötatud erinevad tegevussuunad, et parandada Eesti hoolekandesüsteemi. Arengu suunas on jälgitud normaliseerimisprintsipi, mille kohaselt on kõikidel erivajaduseta inimestel võrdsed võimalused, kuid siiski arvestatakse nende arengutaset ja võimeid.

2008. aastal korraldatud kontrolli tulemuste põhjal märgib Riigikontroll oma auditis Riigikogule, et paraku ei ole kohalikul omavalitsusel sugugi lihtne korraldada psüühiliste erivajadustega isiku hoolekannet, kui isik on suure osa elust elanud erihooldekodus. Seesuguse inimese jaoks on rutiin sedavõrd oluline, et teise elukohta viimine võib mõjuda tema heaolule hoopis pärssivalt (Riigi tegevus... 2008: 10). Normaliseerimisprintsipi järgimine aga seevastu just eeldab inimeste elukohavahetust kui nad elavad institutsioonis. See annab neile võimaluse elama asuda kogukonnadesse, muutudes seega ühiskonna osaks, mitte varjatud „teisel pool aeda“ olevateks isikuteks.

Käesolev uurimistöö on selle autori poolt Kuressaare Ametikoolis 2010. aastal tehtud kursusetöö edasiarendus. Teema aktuaalsus tuli esile autori kokkupuutel käsitletava probleemiga nii töökohustuste täitmise käigus Saaremaal asuvas hoolekandeesutuses kui välispraktikal olles.

Lõputöö eesmärk on kavandada ööpäevaringsel erihooldusteenusel viibivate klientide elukohavahetus protsessi sooviga muuta see nendele võimalikult stressi- ja probleemivabaks ja võimalusel vältida ka heaolu pärssivat tegurit, mis võib kaasneda kohanemisprobleemidega. Selleks töötab autor läbi erinevaid andmekogusid ja neis olevaid artikleid, internetis leiduvaid kodulehekülgesid ning uurimusi. Kuna varem ei ole antud teema leitud olevat aktuaalne siis ei ole selle kohta ka teoreetilist materjali.

Seega lähtub töö autor erinevate ettepanekute tegemisel elukohavahetusprotsessi parandamiseks käesoleva töö ankeetküsimustiku vastustest sidudes need tulemused erinevate teoreetiliste uurimustega, mis puudutavad erivajadustega inimesi.

Uurimustöö ülesanneteks eesmärgist tulenevalt on:

- kirjanduse refereerimisel luua teoreetiline alus, mis selgitaks hetkeolukorra probleemide olemust ööpäevaringsel teenusel olevatele või teenusele minevatele klientide puhul;
- luua ülevaate erivajadustega klientide adaptatsioonivõimest ja elukoha vahetuse olemusest;
- tuua välja põhjused, miks on käesoleva uurimistöö teema oluline ja kuidas saaks käesolevat uurimust ära kasutada praeguses hoolekandetegevuses;
- koostada küsimustik sotsiaalhooldajatele ja tegevusjuhendajatele, et teha nende kogemuste ja klientide jälgimiste põhjal järeldused probleemi lahendamise võimalustest;
- analüüsida kogutud teoreetilist materjali ja küsimustikule vastajailt saadud andmeid, selleks et kavandada erivajadustega klientidele elukohavahetusprotsessi käiku, mis tekitaks neile võimalikult vähe adaptatsiooniprobleeme.

Lõputöö on jagatud kaheks suureks osaks, millest esimene peatükk koos oma alapeatükkidega käsitleb ööpäevaringsel erihooldusteenusel olevate klientide elukohavahetusprotsessiga kaasneva teoreetilist baasi. Teoreetiliste teemadena on välja toodud: ööpäevaringsel erihooldusteenusel olevate klientide erihoolekande sisu, asutuste kirjeldus ja nendele esitatud nõuded, samuti nõuanded erinevatelt autoritelt teenuse veelgi mugavamaks muutmiseks, kolimisega seotud kohanemine ja sellega kaasneda võivad kohanemisprobleemid.

Teises peatükis käsitleb töö autor uurimust, mille ta viis läbi asutuste töötajate seas, kes pakuvad ööpäevaringset erihooldusteenust sügava liitpuudega klientidele. Peatükis on ära toodud valim, meetod ja järeldused ning sinna juurde ka ettepanekud, mis on ka töö eesmärk. Lõputöös on viidatud 46 allikale.

Lõputöö autor soovib avaldada tänu Anne Rähnile ja kõigile asutuste töötajatele, kes osalesid antud uurimuses ja töötavad igapäevaselt sügava liitpuudega klientidega.

# **1. ÖÖPÄEVARINGSE ERIHOOLDUSTEENUSE TEOREETILINE KÄSITLUS**

## **1.1. Ööpäevaringne erihooldusteenus sügava liitpuudega kliendile**

Käesolev peatükk kirjeldab Eestis käibelolevaid sotsiaalhoolekande tavaid ja seadusi mida järgitakse selleks, et praegu töötav süsteem jätkuks samal tasemel, võimalusel ja soovil ka arenedes. Kuigi puudega inimesi puudutavaid definitsioone on nii Eestis kui mujal maailmas mitmeid, on allpool ära toodud teoreetiline käsitlus sotsiaalhoolekandest ja puudega inimestest Eestis üldiselt kasutusel olevate märksõnadega.

Eestis on puude defineerimisel lähtunud ÜRO Puuetega inimeste õiguste konventsioonist ja see on sõnastatud puuetega inimeste sotsiaalhoolduse seaduses järgnevalt: puue on inimese anotoomilise, füsioloogilise või psüühilise struktuuri või funktsiooni kaotus või kõrvalekalle, mis koostoimes erinevate suhtumuslike ja keskkondlike takistustega tõkestab ühiskonnaelus osalemist teistega võrdsetel alustel. Puue on ajas muutuv ning mitmetahuline mõiste, mis esindab inimese ja teda ümbritseva keskkonna vahelist suhet. Inimene, kelle tegevusvõime teatud keskkonnas on piiratud, ei pruugi olla piiratud juhul, kui keskkonda on kohandatud või kui ta saab tegutseda mõnes teises keskkonnas. (Puudega... 2014)

Sotsiaalministeeriumi (Samas) andmetel on aasta aastalt puuetega inimeste arv kasvanud. Puuetega inimesi, kellel on määratud puude raskusaste, oli Eestis 2012. aasta alguse seisuga ligi 134 000 isikut, moodustades 10% rahvastikust. Puudega inimeste

osakaalu suurenemine on tingitud mõneti üldisest rahva vananemisest (Sotsiaalse kaitse... 2008: 32). Vaimupuude ning psüühikahäirega inimesed on valdavalt nooremad (Soo jt 2009: 4). 2013. aasta seisuga määrati esmakordselt sügav liitpuue 1125 isikule, korduvekspertsi käigus määrati sügav liitpuue 1783 isikule (Püsiva töövõimetuse... 2013).

Eestis alustati psüühilise erivajadusega inimeste hoolekande teenustepõhise süsteemi ülesehitamist 1998. aastal. Kuni selle ajani rahastati kõnealuses sektoris riigieelarvest ainult hooldekodus (institutsioonis) hooldamise teenust. 1999. aastal täiendati teenuste loendit päevakeskuse teenusega ja 2000. aastal rehabiliteerimise teenusega. Sellest ajast on toimunud süsteemi kiire täiustamine ning praeguseks on nõuded erihoolekandeteenustele sätestatud EV Sotsiaalhoolekandeseaduses. (Tegevusjuhendaja...2010: 7)

Abi andmisel lähtutakse subsidiaarsuse põhimõttest, mille kohaselt avalikke kohustusi täidavad üldjuhul eelistatult kodanikule kõige lähemal seisvad võimuorganid ning esmalt rakendatakse abivajajale kõige lähemal oleva tasandi ressursse. Sellest tulenevalt on peamisteks hoolekandeteenuste ja – toetuste osutajaks kohalik omavalitsus. (Sotsiaalhoolekanne 2014) Riikliku sotsiaalhoolekande korraldamise ülesanne on pandud Sotsiaalministeeriumile ja maavalitsustele. Samuti on ministeeriumi ülesanne psüühiliste erivajadustega isikute hoolekande korraldamine. (Riigi tegevus... 2008: 4)

Sotsiaalhoolekande ülesanne on osutada puudega inimesele või perekonnale abi toimetulekuraskuste ennetamiseks, kõrvaldamiseks või kergendamiseks ning kaasa aidata puuetega inimeste sotsiaalsele turvalisusele, arengule ja ühiskonnas kohanemisele (Puuetega inimestele 2014). Hoolekandelise abi tagamise põhimõteteks on abi osutamisel lähtumine inimese vajadustest ja seisundist; koostöö tegemine inimesega, tema soovide arvestamine ning kaasamine inimese elu puudutavate otsuste tegemisse; teenuse kohandamine konkreetse inimese vajadustele (individuaalsed teenuste osutamise plaanid); kodusarnaste hoolekandetasutuste loomine ja hoolekandelise abi pakkumine võimalikult inimese kodu lähedal niivõrd kui see on võimalik (Sotsiaalhoolekanne 2014).

Psüühilise erivajadusega inimeste erihoolekandeteenusteks on igapäevaelu toetamise teenus, töötamise toetamise teenus, toetatud elamise teenus, kogukonnas elamise teenus ning ööpäevaringne erihoidusteenus (Erihoolekandeteenused 2014). Ööpäevaringne erihoidusteenus jaguneb veel omakorda neljaks: ööpäevaringne erihoidusteenus, kohtu määratav ööpäevaringne erihoidusteenus, ööpäevaringne erihoidusteenus ebastabiilse remissiooniga isikule ja sügava liitpuudega isiku ööpäevaringne erihoidusteenus. Kohtu määratav ööpäevaringne erihoidusteenus piirab inimeste põhiõigusi. (Unukainen 2013: 21)

Ööpäevaringse erihoidusteenuse tähtsus autori jaoks põhineb sellel, et psüühikahäirega klientide kolimine asutusest asutusse, kliendi kodust hooldekodusse või hooldekodus liikumine teisele teenusele, ei sõltu enamuse ajast kliendist vaid kliendi eestkostjast, asutusest, kus klient elab, rehabilitatsioonimeeskonnast. Seda seetõttu, et klient ei ole võimeline ise enda eest otsuseid tegema, sama moodi nagu näiteks on võimelised seda tegema toetatud elamise teenusel olevad kliendid.

Sotsiaalhoolekande seaduse (SHS) § 11 on välja toodud, et ööpäevaringne erihoidusteenus on isiku ööpäevaringne hooldamine ning arendamine koos majutuse ja toitlustamisega eesmärgiga tagada teenust saava isiku iseseisva toimetuleku säilimine ja suurenemine ning turvaline elukeskkond teenuse osutaja territooriumil (Sotsiaalhoolekande... 1995). Ööpäevaringset erihoidusteenust vajav inimene vajab abi enese eest hoolitsemisel sest ta ei tule toime igapäevaelu toimingutega või vajab selleks pidevat kõrvalabi ja juhendamist. Tema toimetulekut ei ole võimalik tagada teiste sotsiaalteenuste osutamisega ning ta ei kasuta teisi erihoolekandeteenuseid. (Ööpäevaringne...2011: 1-2)

Ööpäevaringse erihoidusteenuse raames (Ööpäevaringne...2011: 1):

- kujundatakse inimese isiklikke ja igapäevaelu oskusi, kaasates ta nimetatud oskusi arendavatesse tegevustesse, arvestades inimese terviseseisundit,
- juhendatakse sotsiaalsete suhete loomisel, säilitamisel ja arendamisel,
- juhendatakse aja planeerimisel ja vaba aja sisustamisel,
- nõustatakse inimese lähedasi, sealhulgas temaga samas eluruumis elavaid inimesi tema käitumise ja suhtlemise eripärades,

- toetatakse teenust saavaid, sarnase diagnoosiga ja sellega seonduvate probleemidega inimesi toetavate gruppide tegutsemist nende juhendamise ja nõustamise kaudu,
- tagatakse inimese turvalisus,
- abistatakse inimest enese eest hoolitsemisel,
- järgitakse tervishoiuteenuse osutaja poolt inimesele määratud raviskeemi,
- viiakse ellu muid tegevusi, mis on vajalikud ööpäevaringse erihooldusteenuse eesmärgi saavutamiseks.

Ööpäevaringset erihooldusteenust on õigus saada täisealisel inimesel, kellel on raske, sügava või püsiva kuluga psüühikahäire. Tal peab olema tuvastatud raske või sügav puude raskusaste ning töövõimekaotuseprotsent vähemalt 80%. (Samas: 1-2) Ööpäevaringse erihooldusteenuse sügava liitpuudega kliendid on tavaliselt liitpuudega, see tähendab, et vaimne/psüühiline ja füüsiline puue on koos. Enamasti nende seisund aja jooksul eriti ei muutu. (Riigi tegevus... 2008: 9)

Praegune ööpäevaringne erihooldusteenus sügava liitpuudega isikutele on varem kandnud tugevdatud toetusega hooldamise teenuse nimetust. Selle teenuse maht jätkab tõusu, kuna meditsiini ja hoolduse arenedes jääb järjest enam ellu sügavalt enneaegseid ja sügava liitpuudega lapsi, kes varem raskete terviserikete tõttu täiskasvanuikka ei jõudnud. (Kokk, Kurves 2006: 11)

Psüühilise erivajadusega isikud jagunevad kaheks: vaimse puudega isikud ning psüühikahäiretega isikud. Isiku teenusevajadus määratakse olenevalt teenusest kas rehabilitatsiooniplaani, kohtumääruse või psühhiaatri saatekirja alusel. (Riigi tegevus... 2008: 4)

Psüühikahäirete meditsiinilise käsitlemise ja meditsiiniliste sekkumiste aluseks on Rahvusvaheline Haiguste Klassifikatsioon (RHK-10), milles klassifitseerimise alusena kasutatakse mõistet psüühikahäire, aga mitte psüühikahaigus ennekõike seepärast, et enamus psüühilistest haigustest ei ole tänapäeval määratletavad ajuhaigustena (nt skisofreenia) või ei sõltu niivõrd ajupatoloogiast, kuivõrd omandatud psühholoogilistest mehhanismidest (nt sotsiaalfobia). (Paavel jt 2000/2001: 22)



Psüühikahäire all peetakse silmas nii vaimset alaarengut kui ka vaimuhaigust. Erihoolekandeteenused ei ole mõeldud vanaduspensioniiikka jõudnud dementsuse diagnoosiga inimesele, kellel ei ole dementsuse diagnoosile lisaks muud psüühikahäiret, ega ka inimesele, kellel on sõltuvus alkoholist või narkootilisest ainekst juhtiva psüühikahäirena. (Erihoolekande... 2014)

Rahvusvahelise Haiguste Klassifikaatori (RHK-10) alusel tähistatakse vaimupuude tasemeid järgmiselt (Pedak 2014):

- Kerge vaimupuue F 70.0 (IQ 50-55–70-75),
- Mõõdukas vaimupuue F 71.0 (IQ 35-40–50-55),
- Raske vaimupuue F 72.0 (IQ 20-25–35-40)
- Sügav vaimupuue F 73.0 (IQ alla 20-25)

Vaimupuude taseme määratlus on meditsiiniline diagnoos. Seda ei tohi segamini ajada inimesele määratud puude raskusastmega, mida tähistatakse keskmise, raske ja sügava puudena, mis kirjeldavad inimese kõrvalabivajaduse määra. (Samas 2014)

Puude raskusastme määramisel võetakse arvesse inimese (Puude raskusastme... 2002):

- terviseseisund;
- tegevusvõime;
- kõrvalabi, juhendamise- ja järelvalve vajadus, mis on suurem inimese eakohasest abivajadusest;
- kõrvalabi- ja juhendamise vajadus, mis esineb inimesel tehniliste abivahendite kasutamisele vaatamata;
- elukeskkond;
- puudest tingitud lisakulud
- rehabilitatsiooniplaani olemasolu korral selles ettenähtud tegevused.

Puude raskusaste võib rehabiliteerimise, abivahendite kasutamise, elukeskkonna kohandamise või muude asjaolude mõjul muutuda (Puudega...2014).

Vaimupuude põhjuseks on tihti ajukahjustus või muutused ajustruktuurides, mis võivad lisaks vaimupuudele põhjustada ka teisi häireid ja kahjustusi. Neist sagedamini esinevad

epilepsia, tserebraalparalüüs, meelepuuded ja traumajärgne ajukahjustus. (Pedak 2013: 14)

Kuna sügava liitpuudega klientidel esineb enamasti raske või sügav vaimupuue on autori arvates, oluline antud töös ära tuua ka raske ja sügava vaimupuudega inimeste arengutasemed, kuna siis on võimalik aru saada, miks ei ole võimalik nendele klientidele verbaalses kõnes arusaadavaks teha näiteks kolimisprotsessi olulisust kliendi jaoks.

Raske vaimupuudega inimese vaimset arengut saab võrrelda 2–4 aastase lapse vaimse arengu tasemega. Eneseväljendus toimub üksikute sõnade või lihtlausetega abil, tähtsal kohal on žestid, viiped, kehaasend, puudutused ja häämitsused. Teatud juhtudel võivad raske vaimupuudega inimesed ka väga hästi rääkida, kuid siis on kõne enamasti kajaline. (Tegevusjuhendaja...2010: 61)

Raske vaimupuudega täiskasvanud elavad „siin ja praegu“. Nende ettekujutust enesest peavad teised pidevalt kinnitama. Seepärast peavad neid ka täiskasvanutena ümbritsema inimesed, kellega neil on olnud sügav ja pikaajaline kontakt. Selliste inimeste toel saavad nad eristada tundeid ja elamusi. (Bakk, Grunewald 1999: 64-65)

Sügava vaimupuudega inimesed on suures osas sõltuvad teistest inimestest. Seda nii hoolitsusvajaduse kui ka kogemusi andvate võimaluste osas. Sügava vaimupuude puhul saab võrrelda selle inimese vaimse arengu taset 0–2 aastase lapse vaimse arengu tasemega. Sügava vaimupuudega inimestel on sageli lisaks vaimupuudele palju erinevaid häired sensomotoorses valdkonnas (epilepsia, meelepuuded, halvatus jne). Nad on võimelised õppima enese eest hoolitsemise tegevusi, kuid optimaalne areng saab toimuda ainult hästi struktureeritud keskkonnas koos läbimõeldud meetodilise ja katkematu juhendamisega. Turvalisust ja kindlustunnet toetab, kui muutumatuna püsivad nii keskkond, juhendamisevõtted kui ka päevarutiin. (Tegevusjuhendaja...2010: 60-61)

Sügavaks liitpuudeks ööpäevaringse erihooldusteenuse tähenduses on raske või sügav vaimne alaareng ja muu puude olemasolu puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seaduse alusel (Tegevusjuhendaja...2010: 18).

Liitpuuet kirjeldades on võimalik eraldi välja tuua põhipuue ning kaasnevad puuded. Liitpuude määratlust ei saa samastada haigusega, vaid erinevad haigused ja häired võivad põhjustada liitpuude. (Samas: 70) Kõige tavalisemad on kõnehäired. Järgnevad mitmesugused psüühilised häired, epilepsia, liikumisraskused, nägemis- ja kuulmispuuded. Seejärel tulevad väärengud, mis tekitavad nimetatud puuetest erinevaid puudeid nagu näiteks südamehaigusi. (Bakk, Grunewald 1999: 41)

Vanemad klientidid, kes on sügava liitpuudega, vajavad eriti kompleksset hooldust. Nende rohkus on tõusnud oluliselt viimastel aastakümnetel tänu eluea pikenemisele ja arstiabi andmise ja pakutavate teenuste paranemisele. (Nakken jt 2007, viidatud Dunworth Fitzgerald 2013: 32 vahendusel)

Kui raskete puuetega inimene ka poleks, tajub ta alati teiste inimeste suhtumist endasse. Raske vaimupuudega inimene õpib ära, kas teda peetakse tähtsaks ja väärtuslikuks või kellekski, kellest pole vaja hoolida. Et vaimupuudega inimestega edukalt suhelda, peaksid nendega töötavad inimesed teadma puudega inimese kommunikatsiooni taset ning mõistma, mil viisil teevad vaimupuudega inimesed end teistele arusaadavaks. (Tegevusjuhendaja...2010: 88) Sügava liitpuudega klientidel on tegevusvõime väga madalal tasemel, mistõttu nende osalus tegevustes on tugevasti piiratud. Selle sihtrühma puhul ei pruugi manuaalne juhendamine kõikides tegevustes tulemusi anda, seetõttu peab tegevusjuhendaja kasutama spetsiifilisi hooldustöövõtteid ning keskkonna sobivaks kohandama. (Samas: 141)

Õöpäevaringsel erihooldusteenusel olevad sügava liitpuudega kliendid on antud teenusele suunatud just rehabilitatsiooni meeskonna töö otsuste põhjal, kes leidsid selle teenuse olevat kõige parem just antud kliendile.

Rehabilitatsiooniteenus on sotsiaalteenus, mille eesmärk on parandada puudega inimese iseseisvat toimetulekut, suurendada ühiskonda kaasatust ning soodustada töötamist või tööle asumist. Rehabilitatsiooniteenuse käigus hinnatakse inimese toimetulekut ja kõrvalabi vajadust, tehakse ettepanekuid kodu-, töö- ja õpikeskkonna kohandamiseks, abivahendi saamiseks ning kasutamiseks. (Rehabilitatsiooni... 2014)

Erivajaduste hindamist teevad spetsialiseerunud rehabilitatsioonimeeskonnad Sotsiaalkindlustusameti suunamisel (Tegevusjuhendaja... 2010: 9). Rehabilitatsioonimeeskond koostab isikule tema ja vajaduse korral tema seadusliku esindaja osalemisel rehabilitatsiooniplaani kollegiaalselt. SHS § 11 (1995) alusel peab täisealisele psüühikahäirega isikule rehabilitatsiooniplaani koostamisel rehabilitatsioonimeeskonda kuuluma psühhiaater.

Riigikontrolli poolt koostatud auditis Riigikogule esitatud soovitus ütleb, et kuna uue rehabilitatsiooniplaani koostamine ja selle alusel hooldusteenuse määramine võib võtta aega kuni aasta, siis tuleb sisuliselt iga kahe aasta tagant taotleda neile isikutele uuesti hooldusteenust. See aga kulutab nii riigi raha kui ka ametnike aega, sest hinnang isiku tervislikule seisundile ja toetamise viisile jääb tõenäoliselt samaks. Rehabilitatsiooni- ja hoolekandesüsteem võiks isiku seisundit paindlikumalt arvesse võtta. (Riigi tegevus... 2008: 9)

Erinevatest erialastest tegevustest psüühikahäirega inimeste abistamisel tõusevad kandvamate ja/või kaalukamatena esile kolm (Paavel jt 2000/2001: 30):

- ravimine, mille tulemusena inimene terveneb kas täielikult või osaliselt, see tähendab teatud piirides;
- rehabiliteerimine, mille tulemusena arendatakse välja inimese jääkvõimed ning kujundatakse vajalikud toetussüsteemid;
- toetamine, mille tulemusena inimese seisund ja/või toimetulek püsib põhijoontes stabiilsena.

Selleks, et olla teadlik erinevatest puuetest ja psüühikahäiretest, on vajalik teenust pakkuvate asutuste töötajate eriväljaõpet. Vajalik on see seetõttu, et nad oskaksid erineva diagnoosiga kliente eristada, kasutades nendega erinevaid töövõtteid olenevalt just nende erivajadusest. Kui töötaja (asutuse juht, tegevusjuhendaja, sotsiaaltöötaja, sotsiaalhooldaja) ei ole võimeline vahet tegema erinevate haiguste ja erivajaduste vahel, siis ei oska ka see töötaja pakkuda parimat hooldusteenust antud kliendile. Samuti tekitavad erinevad pakutavad teenused segadust nii klientide kui töötajate seas. Näiteks siiani on paljudes asutustes kasutusel enne 2009. aastat käibel olnud teenuste nimetused. Ainuüksi hea inimene töötajaks olemisel (nagu näiteks abivalmis, empaatiavõimeline,

aktiivne jne) ei ole ööpäevaringsel erihooldusteenusel olevatele klientidele piisav. Et tagada nendele klientidele piisavalt kvaliteetne teenus, on vajalik, et asutustes oleks olemas piisavas koguses kvalifitseeritud töötajadu.

Selle probleemi olemasolu on väljendanud oma artiklis ka Vlaskamp jt (2007: 101), öeldes, et on selge, et iga sügava liitpuudega isik on ainulaadsete võimete ja piirangutega tema tegevusvõimes kui ka isikupärasel kommunikatiivses väljendamises. Sügava liitpuudega isikute heterogeensus rõhutab iga individuaali spetsiifilise informatsiooni ja võimete ja eelistuste teadmise vajadust. Igapäevaselt seisavad aga teenust pakkuvad asutused silmitsi asjaoluga, et neil on probleeme kvalifitseeritud personali leidmisega. Sügava liitpuudega klientidega tegeleva personali väljaõpe ei tundu olevat suunatud spetsiifilistele vajalikele teadmistele. Tihti puudub aeg või raha selleks, et juhendada otsest personali, kes töötab nende klientidega ja asutusesisene väljaõpe on harv nähtus. Sügava liitpuudega isikutel on piiratud võimed väljendamaks rahulolematust töötajate poolt pakutava hooldusteenuse kvaliteedile. Vaja on leida erinevaid viise, kuidas töötajad saaksid omandada sügava liitpuudega kliente puudutavaid spetsiifilisi teadmisi selleks, et igapäevaselt pakkuda paremat teenust.

## **1.2. Ööpäevaringset erihooldusteenust pakkuvad asutused ja nende areng**

Veel 1960-ndatel aastatel olid lääneriikides psüühilise erivajadusega inimeste peamiseks teenusteks ravimine haiglas ja hooldamine vähem või rohkem suletud asutustes. Samal ajal hakkas üha enam levima normaliseerimisidee, mille alusel iga inimene peab saama nii kaua kui vähegi võimalik elada maksimaalselt normaalsetes (tavapärastes) tingimustes. Normaliseerimisidee leviku loogilise jätkuna algas deinstitutionaliseerimine, mis tähendas teenuste järk-järgulist väljatoomist suurtest suletud režiimiga hooldusasutustest ja lõppeks nende sulgemist. Need muudatused tõid murrangu ka erialatehnoloogiasse. (Paavel jt 2000/2001: 27)

Demokraatliku maailmaga võrreldes on meil vaimupuudeinimeste hoolekanne aastakümneid olnud rajatud täiesti erinevatele seisukohtadele. Vaimupuudega inimesed

jäeti nõukogude ajal tähelepanuta. Nendele rajati suuri suletud asutusi, kus neid heal juhul hooldati, rahuldades vaid nende füsioloogilisi vajadusi. (Põldemaa 1995: 6)

Vaimupuudega inimeste hooldeasutustel olid alljärgnevad Goffnani (1987, viidatud Põldemaa 1995: 46 vahendusel) poolt kujutatud totaalse asutuse piirjooned:

- jäik rutiin, kellaaeg juhib tegevusi;
- massitegevused: juhendatakse suurt gruppi korraga;
- personaalsuse (isikupära) lämmatamine: hoolealustel ei ole oma asju;
- sotsiaalne kaugus: töötajad kannavad vormiriietust.

Ühiskonna suhtumine vaimupuudega inimestesse muutus 90-ndatel aastatel sallivamaks (Põldemaa 1995: 47). Muutustega Eesti ühiskonnas kaasnes ka väärtuste ümberhindamine. Ühiskonnas toimunud muutused on kaasa toonud muutusi hoolekande põhimõtetes ja eesmärkides. Sotsiaalhoolekandeseaduse koostamine on juba ise põhimõtteline muutus. See näitab meie arusaamist hoolekande süsteemi rajamise vajadusest uutel demokraatlikel alustel. (Põldemaa 1995: 6)

On vähenenud iseärasustega inimeste ühiskonnast eraldamise nõudmine. Nendega arvestatakse mingil määral ja oldakse valmis neid võtma ühiskonna liikmetena. Uute institutsioonide rajamisel tahetakse arvestada normaliseerimise ning integreerimise printsiipe. Hoolduses on siirdatud meditsiinilisest põhimõttest lähtuvast süsteemist mitmeteadusliku hoolduse ideoloogia juurde. (Põldemaa 1995: 47)

ÜRO Puuetega inimeste konventsiooni osalisriigid tunnistavad kõigi puuetega inimeste võrdset õigust elada kogukonnas ning omada teistega võrdseid valikuid ning võtavad tõhusaid ja asjakohaseid meetmeid, et võimaldada puuetega inimestel seda õigust täielikult teostada ning soodustada nende täielikku kogukonda kaasamist ja selles osalemist, tagades muu hulgas, et puuetega inimestel on teistega võrdsetel alustel võimalus valida oma elukohta ning seda, kus ja kellega nad elavad, ja samas ei ole neil kohustust järgida mõnda kindlat elukorraldust (Puuetega inimeste... 2012).

Erihoolekandes toimunud muutuste põhimõtetes on hakatud lääneriikidelt malli võttes ära kasutama normaliseerimidideid, mille tagajärjel on Eestis alustatud klientide

suunamist kogukonnapõhisele teenusele. Paljud erihooldusteenuse olevad kliendid on elanud institutsioonides alates nende sünnist ning, et muuta nende eluolu paremaks, on kasutusele võetud normaliseerimisprintsipi põhimõtted, leides neile teenus, mis vastab nende arengutasemele ja võimetele pakkudes neile tegevusliku võimekuse arendamist sobivamal teenusel.

Normaliseerimisprintsip põhineb mõistmisel, kuidas normaalse elurütmi, toimingute ja mallide suhe mingis kultuuris mõjutab puudega inimese arengut, küpsust kui ka eksistentsi. See näitab, kuidas sotsiaalsed tingimused ja kultuurimallid toimivad juhustena indiviidile suunatud hoolekandes, olles vastavuses üldiselt kokkulepitud inimõigustega. Normaliseerimisprintsipi rakendamine ei vii vaimupuudega inimeste „normaalseks“ muutumisele, vaid viitab pigem sellele, kuidas nende elutingimused saaksid olla võimalikult normaalsed. Selle kaudu välditakse märgistamist ja eristamist, mis on inimesi rühmadeks jagava hoolekande tagajärg. (Vaimupuudega... 2003: 9)

Normaliseerimisprintsip peaks toimima meditsiinilise, pedagoogilise, sotsiaalse, seadusandliku ja poliitilise töö juhtlõngana. Normaliseerimisprintsip kehtib kõikidele puudega inimestele, olgu nad siis kerge või raske puudega. (Vaimupuudega... 2003:9) Väga raske liitpuudega inimestel on kindlasti praktiliselt võimatu saavutada kunagi kõike seda, mida teised peavad normaalseks. Aga see ei oma tähtsust. Küsimus on siiski võimalikult normaalses elus. (Bakk, Grunewald 1999: 27)

Normaliseerimisprintsipi on võimalik rakendada kõigis ühiskondades ja kõigile vanusegruppidele ning seda saab kohandada vastavalt individuaalsele arengule või muutustele ühiskonnas. Normaalse elumudeli koostisosad, mida puuetega inimestel on samasugune õigus kogeda kui teistel on järgnevad (Vaimupuudega... 2003:9):

- 1) normaalne päevarütm
- 2) normaalne nädalarütm
- 3) normaalne aastarütm
- 4) normaalsed arengufaasid
- 5) nõuete respekterimine ja iseotsustusõigus
- 6) võimalus kohtuda nii meeste kui naistega
- 7) normaalne majanduslik standard

8) normaalne elukohastandard.

Normaliseerimis põhimõte tähendab seda, et iga valiku puhul tuleb puuetega inimese jaoks leida võimalikult normaalne alternatiiv vastukaaluks erilisele ja ebatavalisele. Põhimõte sisaldab arengut normaalsuse suunas, kuna puuetega inimene arendab oma võimeid ja ühiskonna takistav roll vähendab neid nii psühholoogiliselt kui füüsiliselt. (Bakk, Grunewald 1999: 27)

Normaliseerimisprintsiip tähendab ka seda, et puudega inimese oma valikuid, soove ja nõudmisi peab respektima ja võimalikult palju nendega arvestama. See printsiibi keskne osa tähendab, et nende suhtes, kes ei oska rääkida või kellel on raske end väljendada, peab olema tähelepanelik. Raske või liitpuudega inimestele, kellel on ka kõneraskused, on taoline arvestamine otsustava tähtsusega. Enese arusaadavaks tegemine ja ümbritsevate inimeste usaldamine on ülimalt oluline. Nende „vaikse keele“ tõlgendamiseks peab kasutama kõiki võimalikke vahendeid. Tänapäeval on selleks hulgaliselt erinevaid abivahendeid nagu viipekeel ja arvutitehnika. (Vaimupuudega... 2003: 13)

Seni on Eestis hoolekande asutuste reorganiseerimise eesmärk olnud suurendada kliendi heaolu ja luua tihedamad sidemed kogukonnaga. Soov on olnud muuta suured erihooldekodud privaatseks ja turvalisteks kodudeks, et jõuda tegusamale elule motiveerivate teenuste ja töökorraldusega. Uued teenuste osutamise kohad luuakse kogukondade läheduses, kus kliendid saavad olla võimalusel sotsiaalselt kaasatud. (Saadi 2013: 30)

Läänemaailmas on viimase kahekümne aasta jooksul haiglaravi tähtsus psüühiliselt haigete puhul kaotanud oma olulisuse. Deinstitutionaliseerimine ei hõlma ainult haiglaravil olevate patsientide erinevatele erihooldekande teenustele suunamist ja haiglasse saatmise asemel patsientide saatmist kogukonnapõhisele teenusele, vaid ka kliendi hoolduse vastutuse jagamist erinevate ja mitmekülgsete ametkondade vahel. (Lamb & Bacharch, 2001, viidatud Weeghel jt 2005: 274 vahendusel) Välja on töötatud rahvusvahelised juhised, kuidas protsess kõige paindlikumalt võiks rakendada ning millised on head praktikad teiste riikide kogemustes (Sotsiaalhoolekanne 2014). Need



protsessid iseloomustavad vaimse tervishoiu reforme enamikes Euroopa riikides. Siiski on need toimunud ebaühtlases tempos ja tulemustega erinevates organisatsioonilistes struktuurides. (Thornicroft jt 1999, viidatud Weeghel jt 2005: 274 vahendusel)

Beadle-Brown jt (2007, viidatud Sines jt 2012: 248 vahendusel) teatavad, et suurte institutsioonide sulgemine on peaaegu lõppenud Inglismaal, Skandinaavias, Ameerika Ühendriikides, Austraalias ja Iirimaal ning seda protsessi on alustatud paljudes Ida Euroopa riikides.

ÜRO Peaassamblee poolt võeti vastu puuetega inimeste õiguste konventsiooni 2006. aastal ja Eestis võeti vastu puuetega inimeste õiguste konventsiooni ratifitseerimise seadus 2012. aasta märtsis (Puuetega inimeste õiguste... 2012). Konventsioon kohustab riike arendama kogukonnapõhist elamist, mis asendaks hooldamise institutsioonis. Adresseerides seda ülesannet peaksid poliitika kujundajad olema teadlikud järgmistest uurimuste tulemustest (Mansell jt 2010: 109):

1. intellektipuudega inimestele pakub kogukonnapõhine elu paremat elustiili ja elukvaliteeti kui institutsioonides pakutav hooldus.
2. See kehtib nii vanade kui uute institutsioonide puhul, kuidas iganes neid nimetatakse.
3. See ei ole kallim kui asutuse põhine hooldus, kui võrdlus tehakse võrreldavate vajaduste ja võrreldava hoolduskvaliteedi põhjal.
4. Edukas kogukonnapõhine elu nõuab suurt tähelepanu sellele, kuidas teenused on loodud ja töötavad, eriti töötajate toetuse kvaliteet.

Erivajadustega inimeste kogukonnapõhiste teenuste mudelite hindamised võrreldes institutsioonidega, mida nad asendavad, näitavad üldiselt üsna selget pilti. Ikka ja jälle on uuringud näidanud, et kogukonnapõhine teenus on parem kui institutsioonipõhine teenus. (Mansell jt 2010: 106)

Paljudel praegustel hooldekodude klientidel puudub peres elamise kogemus. Selle kogemuse annab peretüüpi majades elamine, mis on vaheetapp üleminekul seniselt teenuselt elamisele kogukonnas. (Saadi 2013: 30) Väikesed kuni keskmise suurusega grupielamud, mis põhinevad tüüpilistel kodusarnastel elamutel, on hajutatud eeslinnades naabruskondadesse. (Braddock jt 2001, viidatud Emerson 2004: 187-188)

vahendusel) Teenuste osutamisel on esmane võimaldada klientidel võtta osa argitoimingutest, nagu koristamine, söögi valmistamine, pesu pesemine jne. Lisaks on kogukonnapõhisele hooldusele üleminekul oluline, et klient kohaneks ümbritseva keskkonnaga ning kasutaks sealseid tegevusvõimalusi maksimaalselt. (Saadi 2013: 30)

On olemas risk, et kogukonna põhine teenus ei paku piisavalt kvalifitseeritud abi erivajadustega inimestele, kellel on kompleksed vajadused nagu sügav liitpuue, käitumisprobleemid või vaimupuue. Kuigi kogukonnapõhise teenuse rakendust ei ole piisavalt uuritud ja arendatud, on erivajadustega inimeste kogukonnas elamisel siiski täheldatud häid tulemusi. Samas komplekssete erivajadustega inimesed ei saa piisavalt abi, mida nad vajavad, et elada head elu kogukonnas. (Mansell jt 2010: 109)

### **1.3. Erihooldusteenust pakkuvatele asutustele seatud nõuded ja soovituslikud ettepanekud**

Ööpäevaringset erihooldusteenust võivad pakkuda vastava tegevusloaga asutused. Tegevusloa olemasolu on kinnituseks, et asutuses töötab asjakohase hariduse või väljaõppega personal ning hoone vastab tuleohutus- ja tervisekaitsenõuetele. (Ööpäevaringne...2011: 3) Erihoolekandeteenuse osutaja on SHS (1995) § 11 alusel kohustatud:

- 1) isikule erihoolekandeteenuse osutamise alustamisel teavitama isikut ja olemasolu korral tema seaduslikku esindajat oma kodukorrast ning isiku õigustest ja piirangutest teenuse saamise ajal suuliselt või kirjalikult, kui isik on võimeline öeldut või loetut mõistma. Kui isik ei ole võimeline öeldut või loetut mõistma, teavitatakse teenuse osutaja kodukorrast ning isiku õigustest ja piirangutest teenuse saamise ajal isiku seaduslikku esindajat;
- 2) isikule erihoolekandeteenuse osutamise alustamisel tutvustama temale teenuse osutamiseks vajalikke ruume, juhul kui teenust osutatakse teenuse osutaja ruumides;
- 3) tagama erihoolekandeteenust saava isiku kohta käiva teenuse osutamise seotud teabe ning dokumentide kogumise ja säilitamise;
- 4) koostama erihoolekandeteenust saama suunatud isikule tegevusplaani;

- 5) erihoolekandeteenuse osutamise vältel aktiivselt tegelema isikuga, kaasates isikut vastavalt tema võimetele ja vajadustele teenuse sisuna sätestatud tegevuste elluviimisse;
- 6) teavitama esimesel võimalusel teenust saavat isikut ja Sotsiaalkindlustusametit ning olemasolu korral isiku seaduslikku esindajat erihoolekandeteenuse osutamise kestel tekkinud kahtlusest, et isikule osutatav teenus ei vasta tema vajadustele.

Dokumentide loetelu, mida teenuse osutaja peab koguma ja säilitama, kehtestab sotsiaalminister määrusega. Dokumendid kogutakse klienditoimikusse, toimiku vormi ja ülesehituse kinnitab hoolekandetasutuse juhtkond, ühtset vormi ei ole riiklikult kehtestatud. Toimikusse võiks aga koondada järgmised dokumendid (Tegevusjuhendaja...2010: 144):

- ärakiri isikut tõendavast dokumendist;
- teenusele suunamise otsus;
- ärakiri rehabilitatsiooniplaanist;
- tegevusplaan koos kõigi lisadega;
- arstitõendid ja väljavõtted haigusloost;
- keelatud esemete ja ainete äravõtmise kohta koostatud protokollid;
- kliendi eraldamise protokollid;
- muud teenuse osutamisega seotud protokollid või ärakirjad.

Üheks teenuse kvaliteedi näitajaks on ka isikuga seonduva dokumenteerimine. Oluline on, et märgitaks üles tähtsamad sündmused, et kõigil isikutel, kes peavad erivajadusega isiku seisundiga kursis olema, oleks võimalik saada sellest ülevaade ja võtta vastu õiged otsused edasise tegevuse suhtes. Samuti võiks regulaarsed märkmed isiku kohta olla üheks sisendiks rehabilitatsioonimeeskonnale, kes märkmete põhjal näeb, kuidas isik on käitunud ja mis temaga on vahepealse aja jooksul toimunud. (Riigi tegevus... 2008: 14)

Erihoolekandeteenusele saabuva isiku kohta teenuse osutajale enamasti palju infot ei laeku. Põhilised kirjalikud teabeallikad on isiku suunamisotsus ja rehabilitatsiooniplaan ning tervisetõend püsivat ravi vajavate somaatiliste haiguste kohta. Mõnikord on kättesaadavad ka eelmise teenuseosutaja või isiku eestkostja saadetud dokumendid või

toimik. Et kuu aja jooksul koostada uuele kliendile realistlik ja asjakohane tegevusplaan, peab teenuse osutaja hankima lisainformatsiooni. Kõige käepärasem moodus selleks on klienti intervjueerida. Paljudes hoolekandeesutustes on selleks koostatud vastavad küsimustikud, mida koos kliendiga täidetakse. Kui aga kliendi kognitiivsed võimed pole intervjuuks piisavad, võib olulist teavet saada ka kliendi vaatluse abil ning selle hilisemast analüüsist. (Tegevusjuhendaja...2010: 145)

Informatsiooni saab küsida ka inimestelt, kes kliendiga kokku on puutunud (perekond ja teised lähedased, sõbrad, sotsiaaltöötajad, tervishoiutöötajad, varasemad teenuseosutajad jne) ning ise kliendiga koos tegutsedes tema tegemisi tähele pannes ning tõlgendades. Erihoolekandeteenuse osutamise lõpetamisel tagastab teenuse osutaja teenust saanud isikule või olemasolu korral tema seaduslikule esindajale kõik kogutud ja säilitatud isiku kohta käivad dokumendid, sealhulgas isikule koostatud tegevusplaani. (Samas: 145)

Tegevusplaani konkreetsete tegevuste elluviimiseks peab erihoolekandeteenuse osutaja suunamisotsuses esitatud eesmärgi saavutamiseks 30 päeva jooksul pärast isiku teenust saama suunamist koostama koos isikuga ja olemasolu korral koos isiku seadusliku esindajaga. Tegevusplaan peab sisaldama SHS § 11 (1995) alusel:

- 1) Sotsiaalkindlustusameti poolt isikule seatud eesmärgi ja soovitatavaid tegevusi selle saavutamiseks ja
- 2) isiku vajadustele vastavate tegevuste elluviimise ajakava, kirjeldust ja teenuse osutaja hinnangut tegevuste läbiviimise kohta vähemalt igal kuul.
- 3) Tegevusplaan koostatakse isikule erihoolekandeteenuse osutamise ajaks ning vaadatakse üle ja vajaduse korral täpsustatakse vähemalt üks kord aastas.

Tegevusplaani koostades tuleb lähtuda põhimõttest, et kõik inimesed on erinevad. See, mis ühe kliendi jaoks on vastuvõetav ja toimiv, ei pruugi seda olla teise jaoks. Vaimupuudega kliendi puhul tuleks anda hinnang toimimisele järgmistes valdkondades (Tegevusjuhendaja... 2010: 145-146):

- kommunikatsioon: keele kasutamine (eneseväljendus, sisu, kommunikatsiooni vorm, funktsioon), keelest arusaamine (verbaalse kõne mõistmine, lugemine, kirjutamine, loetu mõistmine, tasakaal kõne kasutamise ja mõistmise vahel jne)

- aistingud: kuulmine, nägemine, haistmine, maitsmine, puutetundlikkus, piirangud ja eripärad  
motoorsed võimed: asendivahetus siirdumisel, liikumine, millised on piirangud, millist abivahendit kasutab, abivahendite vajadus jne
- kognitiivsed võimed: intellekti tase, orientatsioon, akadeemilised oskused, üldine info omandamine, mälu, keskendumine, tähelepanu suunamine jne
- sotsiaalsed oskused: kontakti loomine, kontakteerumise viis jne
- emotsionaalsed oskused: tunnete tundmine, tunnete eristamine, emotsioonide stabiilsus, emotsioonide juhtimine, emotsioonide väljendamine, emotsionaalse arengu iga jne
- seksuaalsus: kehaskeemi tundmine, kehaosade tundmine, toimetulek kehaga, seksuaalsuse suundumus (endale, teistele), normide, väärtuste mõistmine, varasemad kogemused (ka ebameeldivad), seksuaalharidus
- eneseteadlikkus: minapilt, tahe, valikute tegemine, enese eest seismine, sõltumine teistest, ebaõnnestumiste talumine, enese piiride seadmine, eelistuste omamine jne.
- haridustee: varasemad õpingud, õppeainete eelistused, toimetulek õpetajate ja kaasõpilastega, tunnistused jne
- õpitud oskused: enese eest hoolitsemine, kodune elu ja majapidamisoskused, raha kasutamine, liiklusturvalisus jne
- igapäevaelu kulg: kogukonnaressursside kasutamine, religiooni ja kultuuri eripärad, vaba aeg
- päevategevused ja töö: praegused tööd ja tegevused, varasemad kogemused, töösse suhtumine, töötamine
- tempo, ülesandele keskendumine, iseseisvus, hobid ja anded
- tervis: diagnoosid, erivajadused, kehalise tervise seisund, nakkushaigused, käitumisprobleemid jne
- sotsiaalsed kontaktid: peresuhted, sõbrad, tuttavad, töötajad, professionaalid, võõrad jne.

Funktsionaalsetest võimetest ja eelistustest teadmine võib olla teenust pakkudes väga oluline. Hiemstra jt. (2004, viidatud Vlaskamp jt 2007: 99, vahendusel) on leidnud, et kättesaadav informatsioon inimese kognitiivsetest, motoorsest, sotsiaalsetest oskustest

ja sensorsetest võimetest ei põhine tavaliselt mingile hindamisvormile. Kuid informatsioon kliendi puuetundlikuse, haistmistundlikuse, kehalise tunnetuslikkuse ja maitsetundlikus võimete kohta on üldse puuduv või siis piiratud. Seoses iskiku arengutaseme hindamisinstrumentide või protseduuridega on see spetsiifiline informatsioon vajalik.

Tegevusplaanide arutelud, täiendamised ning muutmised välistavad olukorra, kus eri töötajad sama klienti erinevalt juhendavad ja seetõttu madala kognitiivse tasemega inimestele provokatsiooniolukordi tekitavad. Kliendi tegevusplaan on pidevalt täienev sisulise töö dokument, mis annab täpsed juhised selle kohta, kuidas antud inimest juhendada. (Probleemse... 2011: 22)

Hindamisel võib kasutada erinevaid meetodeid: vaatlust (erinevates tegevustes ja keskkondades), intervjuud (kliendi ja teiste oluliste inimestega), väljatöötatud mõõdikuid jne. Olulisem kui meetod ise, on see, et hindamine oleks süsteemne ja vaadeldaks just vaimupuudega kliendile olulisi valdkondi. Alati sama meetodi kasutamine hindamisel annab võimaluse tulemuste võrdluseks ja analüüsiks. Samas on töötajatel mugav tegevusplaanidega töötada, kui need on sarnase ülesehitusega. (Tegevusjuhendaja... 2010: 145-146)

Kliendikeskses hoolekandes on kesksel kohal indiviid oma erinevate vajadustega, pakutav teenuste-toetuste komplekt töötatakse välja konkreetsest inimesest ja teda ümbritsevast keskkonnast lähtudes (Hoolekande... 2004: 4). Kui me puuetega inimesi ei kuula, kui me ei tõlgenda nende kehakeelt ja kui me vilistame nende tahte, siis ei anna me neile mingit arenemisvõimalust. Neid sunnitakse edasi elama passiivses sõltuvuses. Iseotsustamine on indiviidi arengu eelduseks. Kogu habilitaerimine algab sellest, et kuulatakse, kas puudega inimene ütleb jaa või ei. Ja respektieritakse seda. (Bakk, Grunewald 1999: 30)

Võime ja harjumus „lugeda“ näoilmeid, helisid, kehakeelt ja käitumist, et saada aru puuetega inimeste tunnetest, soovidest, eesmärkidest ja vajadustest, on põhiline töötajatele seatav nõue. Kõnetu isiku interaktsiooni (puutumatus) tagamiseks on oluline, et mitu inimest suudab temast aru saada ning ka oma teadmisi jagada. Kui seda suudab

ainult üks inimene, ähvardab selle inimese töölt ära minemise korral puudega inimest tõsine oht. Siin on tegemist paradoksiga: tavajuhul on teadmised inimese privaatsest olukorrast usalduslikud ja konfidentsiaalsed, kaitsmaks puutumatust. Kuid ühele inimesele raske sõltuvusega inimesega suhtes koguvastutuse andmine pole professionaalne ning kujutab endast ohtu puudega inimese integriteedile ja turvalisusele. Vajadusi peab tõlgendama ning andma neist aru hoolduse eest vastutajatele, nii et see info toetaks ka teisi inimesi, kes nende tundlike ja vastutusrikaste ülesannetega töötavad. (Vaimupuudega... 2003: 13-14)

Töötaja oskus märgata sügava liitpuude varjus inimest ei arene olukorras, kus osapooled kohtuvad vaid kliendi hooldamisega seotud olukordades. Huvitegevused mängivad olulist rolli iga inimese arengus. Osalemine tegevustes, mis vastavad sihtrühma tugevatele külgedele ja piirangutele, huvidele ja eelistustele, annab aluse kliendi tegevuseelduste arenguks ning paremaks maailma tajumiseks. Töötajatele annab see aga võimaluse kliendiga paremat kontakti saavutada ja teda inimesena tundma õppida. Tihti aga piirdub töö sügava liitpuudega inimestega vaid nende põhivajaduste eest hoolitsemisega, sest esiteks võtab see palju aega ja teiseks ei oska töötajad kliendile pakkuda tõeliselt motiveerivaid ja jõukohaseid huvitegevusi. (Tegevusjuhendaja... 2010: 143)

Kui aga rääkida asutuste hetkeolukorrast ja sellest, kuhu on tänaseks erihoolekanne jõudnud, võib leida paljutki, mis on valesti ja mida võiks ja isegi peaks muutma, et saavutada pakutava teenuse paremat kvaliteeti. Näiteks on Eesti senine rõhuasetus nii hoolekande- ja tervishoiuvaldkonnas kui ka sellega seotud valdkondades pigem tagajärgede likvideerimisel kui edendamisel ja ennetamisel. Selle kõrval on teenus ja selle rahastamise põhimõtted endiselt asutuse ja teenusekesksed. (Eesti vaimse... 2002: 9) Asutused ei ole veel piisavalt kindlale kliendigrupile spetsialiseerunud, sageli on ka asutustest sõltumatutel põhjustel (üleriigiliselt napib vastavaid teenusekohti; järjekorrad rehabilitatsiooniteenusel rehabilitatsiooniplaani tegemiseks; kohtu kaudu suunamised; hoone ruumilahenduse piirangud jmt) osa kliente valel teenusel või on vaimupuudega ning psüühikahäirega kliendid koos (Kokk, Kurves 2006: 6).

Enamuses asutustest on mõni klient, kelle seisundile (agressiivsus, ebastabiilne remissioon, kombineeritud häired vms) vastavaks hooldamiseks asutuses eriväljaõppega kaadrit ja/või materiaalselt baasi ei ole. Osa kliente on veel valel teenusel, kellega asutusel hoolimata vajalike ressursside puudumisest toime tuleb tulla. (Kokk, Kurves 2006: 6) Probleemiks hoolekandes on, et meie erihoolekandeesutustes elavad koos nii vaimupuudega kui ka psüühilise haigusega inimesed, kes oma erivajaduse iseloomu tõttu vajaksid erinevat teenust (Tegevusjuhendaja...2010: 24). Seega võib öelda, et praktikas jäävad olemasolevad hoolekandeesutused siiski veel kauaks tegutsema, sest uute juurutamine ei kulge mitmel põhjusel kergelt. Vaimupuudeinimestega tehtavas töös on ikka veel raske leida head personali, hoolealuste arv ühe töötaja kohta ei vähene märkimisväärselt. (Pöldemaa 1995: 7)

Eesti vaimse tervise teenuse üldine probleem on selle alatähtsustamine, vähene kättesaadavus, alternatiivide vähesus ja puudulik informeeritus teenuste võimalusest. Teenus erineb piirkonniti ja kvaliteedilt. Professionaalne kvaliteet on valdkonniti ebaühtlane, selle regulaarset hindamist sarnastel alustel ei toimu. (Eesti vaimse...2002: 8)

Organisatsioonil on oluline tähendus töökollektiivi liikmete mõtlemis- ja töötamisviiside kujundamises. Kultuur kinnistab tegevus- ja käitumisviise, mis on rühma olemasolu seisukohalt põhimõtteliselt tähtsad. Suur osa organisatsiooni kultuuriga seotud tegevusi on teadvustamata: tuttavaid tööviise kasutatakse rutiinselt. (Zerubavel 1985, viidatud Pöldemaa 1995: 58 vahendusel) Organisatsiooni kultuur on suhteliselt püsiv ja ei muutu kergesti, ka siis kui organisatsiooni pindmist struktuuri muudetakse. Töötajatel tuleb teadvustada ka süvastruktuur ja organisatsiooni väärtused ning õppida neid reflekteerima, et muutused organisatsioonis toimuksid. (Pöldemaa 1995: 58)

Kuigi alati leidub teenuste pakkumisel nii head kui halba võib öelda, et võrreldes Eesti taasiseseisvumise ajaga on erihoolekande teenuste pakkumisel klientidele toimunud nähtav edasimineku paremus suunas. Siiani on veel palju institutsionaalset teenust, kuid on näha ka juba kerkivaid ja töötavaid pereelamuid, kus klientidele pakutakse kogukonnapõhist teenust. Klientidel ise on aga võimalus olenemata oma puude



raskusest ja erivajadustest liikuda vabalt ringi ühiskonnas, kus enam ei vaadata neid eelarvamustega. Ja kui vaadatakse, siis see ei ole enam klientide ega teenusepakkujate süü, vaid tuleneb vaataja enda harimatusest.

#### **1.4. Elukohavahetusega seotud kohanemine ja sellest tekkivad võimalikud kohanemisprobleemid/häired**

Iga inimene tuleb erinevalt toime muutustega oma sise- ja väliskeskkonnas. Hooldustöötaja, kes oskab edukalt tuvastada isiku kohanemistaset ja võimalikke kohanemisprobleeme, saab kasutada oma professionaalseid oskusi, et edendada inimese integratsiooni keskkonda. (Roy, Andrew 1991, viidatud Taival 1998:23 vahendusel)

Intellektipuudega täiskasvanute kolimist institutsioonist kogukonda on üldiselt seostatud paljude positiivsete tulemustega. Nendeks tulemusteks on suurenenud rahulolu elukorraldusega (seda väljendavad nii täiskasvanud intellektipuudega isikud kui ka nende lähedased), enam valikuvõimalusi igapäevastes tegevustes, suurenenud osalus kogukonnapõhistes tegevustes ja suurenenud on ka hooldustöötajate toetus. (Emerson 2004: 187)

Kolimine uude elukeskkonda ei ole ajaliselt piiratud vaid jätkuv kohanemisprotsess. Hooldustöötajad võivad alahinnata kui olulise tähtsusega on kolimine ja kohanemiseks vajalikke ressurside olemasolu selleks, et protsess oleks edukas. (Aminzadeh jt 200: 494) Liiga palju eri keskkondi ja tegevusi ühe päeva jooksul võib kliendi segadusse ajada. Palju inimesi nende ümber võib tekitada rahutust, sest keskkond vahetub kogu aeg. On oluline meeles pidada, et arengupuudega inimene ei suuda alati selgitada, mis konkreetselt paneb teda end halvasti tundma. (Bakk, Grunewald 1999: 120)

Vajalik on hoolikat korraldada ja hõlbustada klientidele kolimisprotsessi, leides neile sobiva ja turvalise elukeskkonna ja tagades, et vajalikud toetusmehhanismid oleksid paigas. Sest ka tavapopulatsiooni hulgas on indiviide, kelle reaktsioone elukoha- ja elustiili vahetuse kohta ei ole võimalik ette ennustada. Ka etteplaneerimine ei pruugi alati anda optimaalseid tulemusi. (Bhaumik jt 2011: 184) Stressi taset kolimisel on

sageli alahinnatud kõigi asjaosaliste poolt. Uuringud näitavad, et kolimine on üks suurimaid stressi põhjustajaid, mida me kohtame elus. (Bech : 2005)

Vaimse alaarenguga isikud, kes on institutsioonis, tulevad sinna tavaliselt oma vanemate kodust. Peamine põhjus, miks nad sattusid institutsiooni, on nende hooldusvajaduse suurenemine, mis on ületanud nende pere suutlikkuse. (Saloviita 1990: 142)

Tänapäeval kasutatakse adaptatsiooni mõistet väga erinevates teadustes, aga oma alguse ja põhiidee on see saanud bioloogiast. Bioloogilisest vaatepunktist on adaptatsioon organismi võime ümber korraldada, kohandada oma seesmisi protsesse, oma seesmist keskkonda ja käitumist, olemaks kooskõlas organismi ümbritseva keskkonnaga (Medvedjev jt 1984, viidatud Kooliadaptatsioon... 1992: 5 vahendusel). Kohanemine on inimese kasvamise eesmärk, meisterlikkus ja erinevus, mis laseb meil areneda alati muutuvus maailmas. Otsustamaks, kas kindel kohanemise strateegia on adaptiivne või ei, nõuab situatsiooni faktori uurimist (nt stressori olemus, tase ja kroonilisus) ja isikliku faktori uurimist (nt. iseloom, uskumused kohanemise vahendite kohta ja nende efektiivsus). (Zeidner, Endler 1996, viidatud Kivi 2010: 4 vahendusel)

Juhul, kui organism või mingi muu süsteem ei ole võimeline muutuma koos teda ümbritseva laiema keskkonna muutusega, on tegemist adaptatsiooni- või kohanemiskustega (Kooliadaptatsioon... 1992: 5).

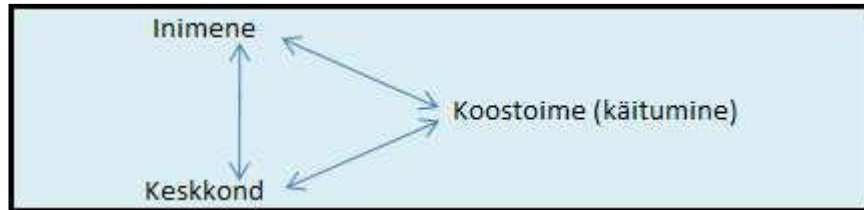
Kohanemisprobleemid viivad inimese käituma viisil, mis ei ole tavaolukorrale vastav. Seega on vajalik teada põhjuseid, miks inimese käitumine muutub eriolukordades ja kuidas vältida halba käitumist. Seda antud lõputöö uurimusega seoses just puudega klientidel, kuna nemad ei oska oma tundeid muud moodi kui teistmoodi käitumisega välja näidata.

Käitumist käsitletakse kui inimese ja tema välismaailma koostoimimist. Protsessis osalevad komponendid on (Probleemse... 2011: 11):

- inimene (oma bioloogiliste, psühholoogiliste ja sotsiaalsete eripäradega);
- keskkond (oma materjalide, inimeste, sotsiaalsete, pedagoogiliste ja kultuuriliste faktoritega, süsteemi iseärasuste ja kaasatud inimeste tähendusega);

- koostoime – käitumine, mis on inimese ja keskkonna vaheliste protsesside väline.

Probleemse käitumise kolmnurk, milles osalevad komponendid on inimene, keskkond ja koostoime on ära toodud ja joonisel 1 (vt joonis 1).



**Joonis 1.** Probleemse käitumise kolmnurk (Probleemse... 2011: 11).

Iga käitumine on kommunikatsioon, mille kaudu inimene üritab keskkonnale midagi teada anda. Ükski käitumine ei leia aset niisama või juhuslikult, alati on täidetud mingid tingimused käitumise käivitamiseks ning alati tähendab see midagi. Seetõttu on valdkonnaga tegelejate hulgas kujunenud heaks tavaks rääkida probleemsest käitumisest kui tähenduslikust käitumisest. Mõiste „tähenduslik käitumine“ kasutamine aitab klienditöötajatel teemaga tegelemisel normaalset suhtumist kujundada. Ebameeldiva või hirmutava tunde/eelarvamuse asemel tekib pigem uudishimu ja väljakutse uurida ja aru saada antud käitumise tähendusest. (Samas: 6)

Probleemse käitumisega tegelemisel on väga suur osakaal ebameeldiva käitumise ennetamisel. Kui omada tervikpilti kognitiivsete probleemidega inimeste informatsioonitötluse ja -tõlgendamise eripäradest, arengutasemetest ja põhivajadustest, siis on võimalik keskkonna kohandamise ja kohaste juhendamisevõtete kasutamisega võimalikku probleemset käitumist ära hoida. Probleemse käitumise ennetamine juhindub normaliseerimise printsiibi järgimisest klienditöös. (Samas: 14)

Normalisatsiooni filosoofia, mille keskmeks on tagada indiviididele tavaline elu ja nende vanusega arvestamine, on tugev alusbaas, mida hooldusmeeskond ja teised saavad kasutada, selleks et arendada vaimupuudega inimeste iseseisvust ja valikuvõimaluste tegemise võimet. Siiski on selle meetodi kasutamine seotud riskiga, eriti kui see puudutab sügava liitpuudega kliente. Vajadus kohelda inimesi austusega ja väarikusega on vajalik, kui räägitakse inimestest, kes on 18-aastased ja vanemad,

olenemata nende kognitiivse arengu tasemest. Praktikumid, kelle töö on suunatud arengufunktsioonidele, on selle argumendi vaidlustanud. Nad väidavad, et kui panna rõhk kronoloogilisele vanusele ja mitte süveneda isiku toimimise arengutasemele, võib see viia selleni, et ülehinnatakse inimese võimeid ja nendele pakutav teenus võib osutuda seega ebasobivaks. (Bartlett & Bunning 1997, viidatud Carnaby 2007 : 89 vahendusel)

Probleemne käitumine ei esine kunagi juhuslikult. Pigem ilmneb probleemne käitumine valikuliselt spetsiifilistes individuaalselt esilekerkinud olukordades, mis tekitavad või võimendavad inimese isiklikku stressikogemust. Need stressi tekitavad eelnevad sündmused koosnevad provokatsiooniolukordadest, mis on tekkinud sotsiaalses või füüsilises keskkonnas, kus probleemne käitumine esineb. Samas võib provokatsiooniolukord tekkida inimese sisemisest seisundist ja olla sõltumatu välisest keskkonnast. Sündmuste jada aga on mõlemal juhul järgmine:

Provokatsiooniolukord → kliendipoolne tõlgendamine → käitumine → keskkonna ja isiklikud tagajärjed. (Probleemse... 2011: 12)

Erinevad inimesed näevad erinevaid situatsioone stressirikkana ja samas ka käsitlevad neid situatsioone erinevatel viisidel (Zeidner, Endler 1996, viidatud Kivi 2010: 7 vahendusel). Stressitekitavad sündmused on kognitiivsete probleemidega inimeste elus väga sagedased. Põhjuseks on nende inimeste kõrge haavatavus, kaitsvate faktorite puudumine ja vähesed toimetulekuoskused. Olukordades, kus inimene kogeb stressitekitavat sündmust kui väljakutset, vallanduvad ründamise-põgenemise mehhanismid. Kauakestvad ja korduvad stressiolukorrad tekitavad hirmu, raevu ja kurbust. Seetõttu vallanduvad kaitsemehhanismid, kus agressioon ja enesevigastamine on vältimatud. (Probleemse... 2011: 10)

Kliendi elukeskkond on talle ainult siis toetav, kui ümbritsevad ruumid, olukorrad ja ülesanded on kliendile arusaadavad. See hõlmab kliendi orientatsiooni toetamist füüsilise keskkonna ja kliendi juhendamise kohandamise abil. Kui inimene ei saa täpselt aru, mis parasjagu toimub ega tea, mis hakkab järgmisena juhtuma, on ta ebakindel, hirmul, ärevuses ning kaitse seisundis. Seetõttu tuleb kliendile alati enne uue tegevuse algust selgeks teha, mis toimuma hakkab. Madalama kognitiivse tasemega inimesega

suhtlemisel tuleb kasutada üksikuid sõnu või selgeid, lühikesi lihtlaused. Vältida tuleb paljusõnalisust, ebaselgeid ja üksteisele vastukäivaid juhtnööre. (Probleemse... 2011: 15-16)

Väikesed kogukonnad suudavad oma elanike kohanemisprobleeme nähtavalt paremini käsitleda kui institutsioonid. Samas on näha suuri ebaõnnestumisi kogukonda elama minekul. Võimalik on, et parim lahendus kogukonda integreerumiseks psüühiliste erivajadustega inimestele, kellel võivad tekkida kohanemiskasused, on topeltstrateegia. See tähendab, et individuaalne tähelepanu kliendile on kõrgendatud tasemel ja kõik on korraldatud nii kolimisele eelnevalt institutsioonis kui ka kolimisjärgselt kogukonnas. Näib, et käitumisprogrammid, mis on mõeldud kohanemisprobleemide eemaldamiseks, on muutunud seda olulisemaks, mida kaugemale on deinstitutionaliseerimise protsess läinud. (Barrett jt 1986, viidatud Saloviita 1990 : 143 vahendusel)

Üleminek pikaajaliselt haiglaravilt kogukonnas pakutavale teenusele on paljulubav, sest see võib lõpetada raske vaimupuudega inimeste sotsiaalse tõrjutuse. Kuid deinstitutionaliseerimine on kompleksne ettevõtmine, kus paljud asjad võivad minna valesti. Raske vaimupuudega inimestel on oht, et nad satuvad elama halvasti ettevalmistatud kogukonda, ja nad on seetõttu sõltuvad neile sobimatust teenusest. Sellises keskkonnas, mis kujutab endast sama „lõksu“ mida kujutab endast traditsiooniline vaimuhaigla, kogevad kliendid hooletust, vaesust ja sotsiaalset tõrjutust. (Sullivan 1994 viidatud Weeghel jt 2005: 274 vahendusel)

Inimesed, kellel on suurem toetusevajadus, kas siis nende intellekti- või psüühilise puude, käitumisprobleemide või sotsiaalse kaasatuse langemise tõttu, kogevad vähem häid tulemusi deinstitutionaliseerimisel kui inimesed, kes on rohkem iseseisvamad. Üldises kontekstis on nemad ka tavaliselt viimased, kes institutsioonidest välja saavad ja kui neil tekib raskusi kogukonnas elamisega, siis suunduvad nad suure tõenäosusega institutsiooni tagasi. (Felce jt 2001, viidatud Mansell jt 2010: 107 vahendusel)

Raske vaimupuudega inimesed suudavad enesega edukalt toime tulla vaid hästi struktureeritud päevaplaani abil. Päevaplaan annab neile selguse pidevalt korduvate, äratuntavate situatsioonide ja kindlate reeglite kujul. Selgusetus ja piiride puudumine

põhjustab raske vaimupuudega inimestel palju probleemset käitumist, sest ise nad endale piire seada ei oska ning oma käitumist kontrollida ei suuda. (Tegevusjuhendaja... 2010: 62) Üldised reeglid sügava vaimupuudega inimeste juhendamiseks (Samas: 61):

- kasuta üksikuid, alati samu sõnu, sest lausetest ta aru ei saa. Mõnikord soovitatakse sügava vaimupuudega inimestega tegeledes pigem laulda.
- Toeta verbaalseid korraldusi alati alternatiivsete kommunikatsioonivormidega (žest, viibe, ese).
- Varu alati aega, anna talle võimalus olukorraga harjuda, ise üritada. Püüa vältida rutakat tema eest ära tegemist.
- Kasuta alati samu juhendamisevõtteid. Kõik tegevusjuhendajad peavad juhendama teda täpselt samamoodi.
- Taga talle võimalikult muutumatu elukeskkond ja päevarütm.
- Tegele ja räägi asjadest siin ja praegu. Sügava vaimupuudega inimesele on ajalised mõisted arusaamatud.
- Ära jäta teda ärkveloleku ajal kunagi üksi.
- Ära püüa sügava vaimupuudega inimest karistada. Ta ei ole võimeline mõtlema lähtuvalt põhjus-tagajärg seostest ega õpi karistusest midagi.
- Tegele temaga individuaalselt. Sügava vaimupuudega inimene ei hakka kunagi teistega koos tegutsema.
- Õpi ära tundma ja rõõmustama väikeste asjade üle, sest talle on need suured edusammud.

Arengupuudega inimesi tabavad – nagu kõiki teisigi – ka tavalised haigused. Kahjuks haigestuvad nad sagedamini kui meie, sest paljudel neist on nõrgenenud vastupanuvõime. Sama kehtib psüühiliste reaktsioonide kohta: arengupuudega inimesed on tavaliselt inimestevahelistes suhetes meist tundlikumad. (Bakk, Grunewald 1999: 42) Kognitiivse, sotsiaalse, emotsionaalse ja isiksuse arengu tasemetel on oluline osa selles, kuidas vaimupuudega inimene töötleb hirmutavat olukorda. Teadmised inimese arengutasemetest võivad anda selgituse teatud käitumise kohta teatud olukordades. (Probleemse... 2011: 9)

Tegevusvõime on valdkond, millele erivajadusega inimestega tegeledes tuleb kõige enam tähelepanu pöörata. Tegevusjuhendaja töö eesmärgiks on inimese elukvaliteedi toetamine kõige laiemas mõttes. Inimese elukvaliteet on aga tihedalt seotud sellega, kas ta suudab teha kõike talle olulist või vajalikku tasemel, mis võimaldab tunda rahulolu iseenda tegevusest ja eksistentsist. Psüühilised probleemid, vaimupuue ja teised häired/haigused toovad endaga kaasa häireid inimese tegevusvõimes. Ja ennekõike tegevusvõime häire tõttu vajavad nad kõrvalist juhendamist ja toetust. Tegevusvõime parem tundmine aitab leida tasakaalu tegevusvõime häirega inimese iseseisvuse ja toetusvajaduse vahel. (Tegevusjuhendaja...2010: 90)

Erineva diagnoosiga inimesed vajavad tegevusvõime toetamiseks stimulatsiooni erinevalt, seetõttu ei saa luua toetavat keskkonda osakondades, kus teenust pakutakse samaaegselt väga erinevatele kliendirühmadele. Kui psüühiliselt haiged inimesed vajavad psühhoosiliste seisundite ärahoidmiseks keskkonnas neutraalsust ja vähest stimulatsiooni, siis vaimupuudega, autismi- või dementsuse diagnoosiga inimestel on nende tegevusvõime toetamiseks stimulatsioon vältimatu. Topeltdiagnoosiga klientide stimulatsiooni korraldamise aluseks on nende peamise diagnoosi tuvastamine. Sellest lähtuvalt selgineb vajadus stimulatsiooni suurendamiseks või vähendamiseks. Stimulatsiooni pakkumine osakondades peab alati toimuma kontrollitult ja lähtuma põhimõttest: üks asi korraga. Seega ei saa lugeda toetavaks keskkonda, kus lauatasemel tegevuste sooritamise ajal mängib ruumis teler ja muusikakeskus. (Probleemse... 2011: 15)

Psüühilise erivajadusega inimestele osutatav toetus ja abi peab olema suunatud püüdele ümbritsev maailm neile arusaadavaks teha. Kui ümbritsev maailm on arusaamatu, ei ole võimalik end turvaliselt tunda. Turvalisusvajadus on väga oluline inimlik vajadus. (Tegevusjuhendaja...2010: 26) Otsust inimese kohta ei tohiks kunagi langetada tema seljataga või tema äraolekul. Ka kõige raskemate puuetega inimene võib tajuda suhtumist, kuidas me räägime temaga ja temast ning tema olukorrast. (Bakk, Grunewald 1999: 31)

Tihti juhtub nii, et kliendi elukohavahetuse vajadus otsustatakse kliendi eest ja teda ei teavitata sellest. Seda juhtub peamiselt just sügava liitpuuega klientide puhul, sest

leitakse, et nemad ei saa sellest aru. Teavitamisel peab aga lähtuma kliendist ja tema arusaamisvõimest. Infot peab jagama sellisel tasemel, mida klient mõistab.



## **2. UURIMUS ÖÖPÄEVARINGSE HOOLDUSVAJADUSEGA KLIENTIDE ELUKOHAVAHETUSE PROTSESSI KAVANDAMISEST**

### **2.1. Uurimusprobleemiseade, uurimuseesmärk ja –küsimused**

Normaliseerimisprintsipi järgides on Eesti erihoolekanne alustanud oma hooldekodude struktuuri muutumist. Selle tulemusena loodetakse 2021. aastaks erihooldusteenusel olevad kliendid elama paigutada suurtest institutsioonidest pereelamutesse kogukonnapõhisele teenusele. Kuna aga enamik kliente on siiani institutsioonides ja pereelamuid on jõutud ehitada minimaalselt, siis on vähe tõenäoline, et selleks ajaks jõutakse kõik kliendid paigutada pereelamutesse.

Ööpäevaringsel erihooldusteenusel olevad sügava liitpuudega kliendid, kes elavad nn heal majanduslikul tasemel, on saanud oma puude juba lapseast ja muude erivajadustega seonduvalt saavad pensioni ja kõrvalabi vajadustest tulenevalt rohkem raha kui tavalisel ööpäevaringsel erihooldusteenusel olevad kliendid, kelle peamine sissetulek tavaliselt on ainult rahvapension. Riikliku rahalise toetuse olemasolu puudutab aga erihoolekandeteenusel olevaid kliente just seetõttu, et pereelamute ülevõlpidamine on kulukas ja selleks, et oleks võimalik neid ülevõl pidada, peab klient, kes sinna elama asub, olema ka maksujõuline. Seega on tõenäoline, et erihooldusteenuse kliendid, kelle sissetulek on suurem, satuvad kiiremini, eelisjärjekorras elama pereelamutesse.

Tulenevalt majanduslikust seisust, vanemate kodust lahkumisest ja lastekodust lahkumisest, teenusevahetustest ning teistest põhjustest on vajalik kliendi

elukohavahetusprotsess muuta efektiivsemaks peamiselt kliendile, samuti ka erihooldekande teenust pakkuva asutuse töötajatele. Vajalik oleks, et see protsess oleks sarnane kõikides asutustes, et töötajatel oleks sarnased kohustused ja tegevused nii selleks puhuks, kui asutusse tuleb vastu võtta uus klient, kui ka juhuks, kui klient tuleb asutusest ära saata.

Käesoleva lõputöö eesmärk on uurimustulemustest välja selgitada erinevaid ettepanekuid selleks, et parandada ööpäevaringsel erihooldekandeteenusel viibivate klientide elukohavahetus protsessi. Selleks koostas autor küsimustiku, et edastada see erihooldekande teenust pakkuvate asutuste töötajatele. Küsimused esitas autor, saates neile ankeetküsimustiku.

Ankeetvaatlus on võitnud erilise populaarsuse sotsioloogilistes uurimustes. Ankeetvaatluse puhul saadetakse adressaatidele küsitluslehed (ankeedid), millele palutakse vastata. Et vastamine on vabatahtlik, jätab osa adressaatidest vastamata. Uurimust korraldavale asutusele saabub tagasi osa väljasaadetud ankeetidest. Kui sellise vaatluse alusel tehakse mingisuguseid järeldusi, siis põhinevad need paratamatult mittekõiksetel andmetel. (Tamm 1996: 18) Mittekõikne ehk osavaatlus hõlmab ainult osa objektiks olevast kogumist. Vaatluse tulemused üldistatakse aga kogu vaatlusobjektile (Tamm 1996: 16).

Töö autori poolt respondentidele edastatud ankeetküsimustiku vastuste põhjal on võimalik teha järeldusi, mida kokku viia teooriaga selleks, et kavandada ööpäevaringsel erihooldekandeteenusel olevate sügava liitpuudega klientide (ja ka teiste) klientide elukohavahetusprotsessi. Töötajate erinev staatus (nt vanuseline erinevus, erinev erivajadustega inimestega töötamise staaž kui ka ametipositsioon) võimaldavad näha, kas arvamused asutuse töökorralduse kohta ühtivad nii asutuste töötajate seas kui ka teooria ja praktika vahelistes seostes. Töö autor ei leidnud varasemaid uuringuid antud vallas ei eesti ega inglise keeles. Suur on tõenäosus, et antud uuringuid on siiski läbi viidud. Elukohavahetusprotsessi käiku on kirjeldanud eesti keeles „Hooliva hooldaja käsiraamat“, kuid see käsitleb eakate klientide elukohavahetusega seonduvat.

Parema elukohavahetusprotsessi kavandamiseks püstitas töö autor erinevaid uurimisküsimusi erihooldusteenust pakkuvate asutuste töötajatele. Uurimusküsimusteks on :

- Kas asutustes töötajad on oma tööl oldud aja jooksul kogenud kliendi kolimisprotsessi, kas siis kliendi asutusse elama asumisel või lahkumisel asutusest?
- Milliseid tegevusi asutuste töötajad näevad olevat vajalikud kliendi elukohavahetusprotsessi paremaks läbimiseks ja mis tegevused on ette nähtud asutuses, kus nad töötavad?
- Milline on töötajate arvamus dokumentatsiooni olemasolu tähtsusest?
- Missugune kord kehtib asutuses, dokumentatsiooni käsitlemiseks ja täitmiseks?
- Kuidas töötajad suhtuvad uut kliendi vastu võttes tema saatjasse ja kas nende asutuses on ette nähtud saatja minemaks kliendiga koos uude elukohta?

Empiirilised andmed, mis töö autor sai ankeetküsimustiku vastustest, on käesolevas töös esitatud protsentidena, arvudena, joonistena, olles eelnevalt interpreteeritud autori poolt.

## **2.2. Uurimusmeetod ja selle läbiviimine**

Lõputöö uurimus viidi läbi kvantitatiivset meetodit kasutades. Seda seetõttu, et ankeedi valim oli suur ja hajutatud üle Eesti. Paremate tulemuste saamiseks oli töö autori arvates hea esitada need küsimused võimalikult suurele grupile inimestele, kuna see annab parema ettekujutuse nende nägemustest ja töökorraldusest asutustes, kus nad töötavad. Töö autori soov ankeetküsimustikku laiali saates oli saada töötajate arvamusi selle kohta, kuidas nemad näeksid kolimisprotsessi klientide jaoks, kelle hooldajad nad on või kelle hooldajateks nad saavad.

Ankeetküsimustiku (vt lisa 1) andmed annavad ülevaate erihoolekandeteenust pakkuvate asutuste töötajate sotsiaal-demograafilistest näitajatest, milleks on töötaja sugu, vanus, ametikoht, erivajadustega inimestega töötamise staaž. Peale selle on andmete kogumine suunatud töötajate erinevate arvamuste kogumisele, nagu näiteks arvamused, selle kohta, kuidas nad näevad klientide heaolu, kuna just nemad on need inimesed, kes peaksid kõige paremini suutma klientide väljendatavaid tundeid nii endale teadvustada kui ka teistele edasi seletada, olles klientidega kokku puutunud enam kui

keegi teine. Seda eriti just tegevusjuhendajad ja hooldustöötajad, kes oma igapäevatoos puutuvad klientidega kokku kõige enam.

Ankeetküsimustiku küsimused olid suunatud ka nendele töötajatele, kes ei ole klientide elukohavahetusprotsessiga kokku puutunud, et teada saada ka nende arvamused, sest olenemata selle kogemuse puudumisest on nad oma hariduse ja vastava tööstaazi olemasolu tõttu siiski adekvaatsed vastama neile küsimustele, olles kokku puutunud just antud grupi (sügava liitpuudega) klientidega.

Küsimustiku küsimused olid jagatud kahte gruppi, kus esimene osa küsimustest puudutas uue kliendi vastuvõtmist asutusse ja teine osa kliendi ärasaatmist uude elukohta töötaja töökoha asutusest. Teise osa küsimused puudutasid olemasoleva töökoha asutuse tavasid kolimisprotsessi käiguga seoses. Peale seda soovis töö autor veel teada, kas töötajad on näinud/täheldanud kliendi tegevusvõime arenemist, samaksjäämist või langemist elukohavahetusrotsessi tõttu.

Andmeid koguti 16. märtsist 2014 – 22. aprillini 2014, kasutades e-Formulari keskkonda ja edastades ankeetküsimustiku paberkandjal nendele asutustele, kes leidsid, et töötajatele sobib paberkandjal vastata enam kui e-Formulari kaudu. E-Formulari ankeedi aadressi lingi saatis autor asutuse juhtidele, olles selles eelnevalt kokku leppinud telefonivestluse käigus. Telefonivestluse käigus asutuse juhatajaga, küsides asutuse juhataja nõusolekut küsimustiku saatmiseks asutusse, leppiski töö autor kokku, mil viisil asutus soovib küsimustiku saada. Kaks asutust soovis saada küsimustiku Microsoft Wordi versiooni, et küsimustik ise välja printida ja seejärel ise postitada vastused töö autorile.

Andmete kogumise aeg sõltus küsimustiku laialisaatmisest ja vastuste kättesaamisest erinevatest asutustest Eestis, kes pakuvad ööpäevaringset erihooldusteenust sügava liitpuudega klientidele. Andmete kogumine asutustest sõltus töötajate töögraafikust ja tööl oldud ajast. Kuna oli töötajaid, kes olid puhkusel, kelle töögraafik oli mitteregulaarne või regulaarne (kõiki tööga seotud erinevusi arvestades), leidis töö autor andmete kogumise aja olevat põhjendatud ja vajaliku selleks, et oodata vastuseid just selle aja jooksul.

Ankeetküsimustiku kogutud valikvastuste andmed sisestati ja süstematiseeriti, kasutades Microsoft Exceli 2010 versiooni. Küsimustiku põhjendused selekteeris autor eraldatud andmetest ja üldistades andmeid otsides seoseid vastajate põhjendustest ja ära märkides vastajate erisuste põhjendused antud uurimustöös. Selleks kasutas töö autor andmetöötlusprogrammi Microsoft Word 2010. Välja toodud on käesolevas töös respondentide arvamused, mille töö autor leidis olevat tähtis antud uurimuse jaoks. Nende respondentide tsitaadid on esitatud kursiivkirjas, kus tsitaadi lõpus on sulgudes respondendi märk R ja vastaja number. Tsitaatidest väljajäetud tekst on tähistatud märgiga /.../, et esitada respondentide mõtteid lühemalt ja täpsemalt, välistades tsitaatidest „müra“.

### **2.3. Uurimuse valimi kirjeldus**

Käesoleva lõputöö ankeetküsimustiku valim koosnes 16 Eestis asuva ööpäevaringset erihooldusteenust pakkuva asutuse töötajatest. Asutuste andmed leidis töö autor Sotsiaalministeeriumi interneti koduleheküljelt kohandades seda nimekirja oma valiku järgi ise väiksemaks (vt lisa 2). Nende andmete põhjal leidis autor asutuste juhtide telefoninumbrid ja e-maili aadressid. Telefonivestluses asutuse juhtidega (mõnel juhul ka vanemtegevusjuhendajaga) saavutas autor kokkuleppe, mille alusel ta saatis ankeetküsimustiku laiali asutustesse, kas e-Formulari ankeedi aadressi lingina (asutuse e-mailile) või siis väljaprintitult paber kandjal asutuse postiaadressile. Vestluses seletas töö autor ka antud uurimuse tähtsust autori jaoks ja põhjendused, miks just antud teema lõputöö jaoks valituks osutus.

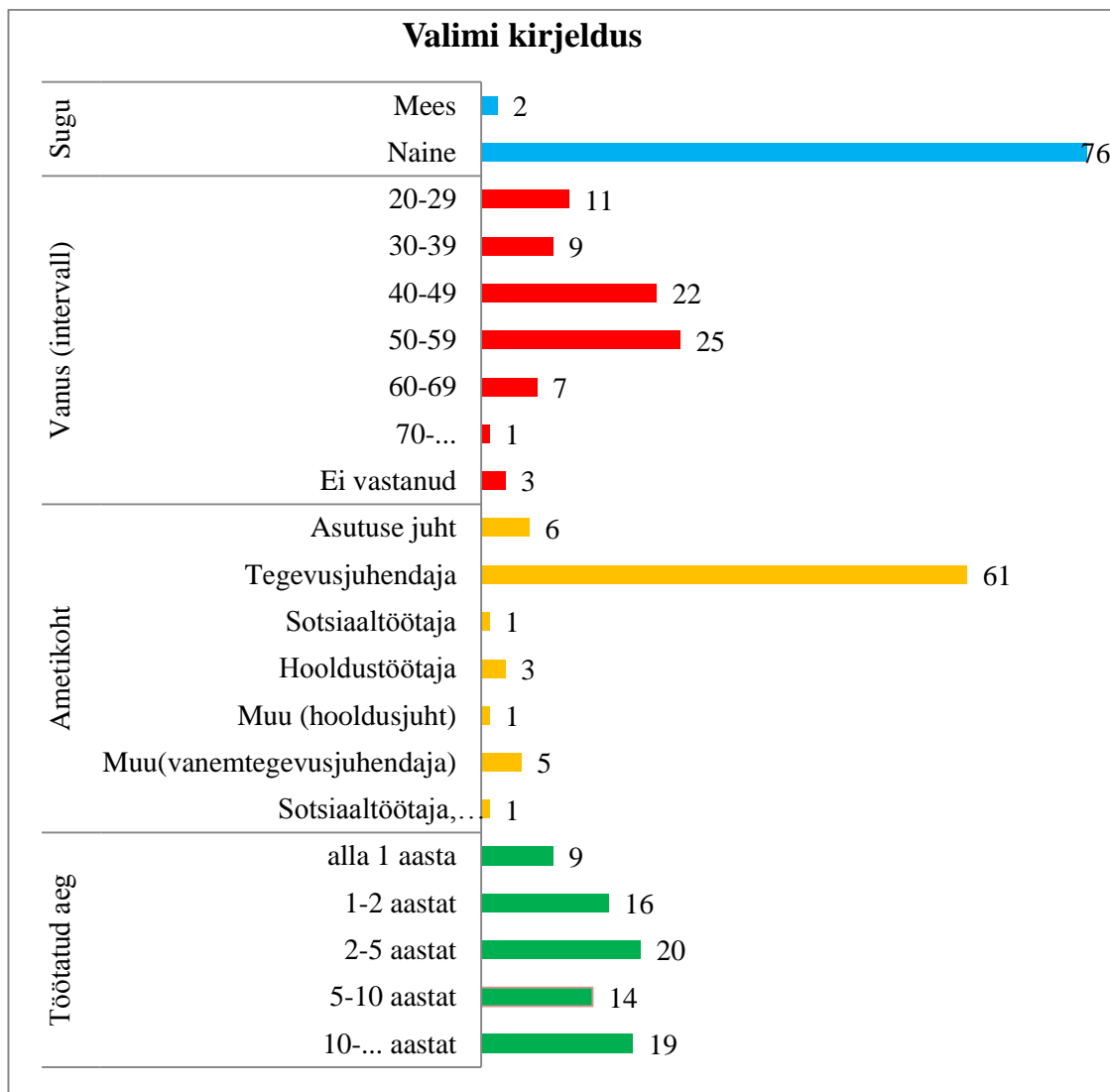
16-st asutusest sai töö autor kõigilt positiivset tagasisidet antud uurimustöö teema aktuaalsuse ja olulisuse kohta. Enamus asutuse juhtidest leidis elukohavahetusprotsessi olevat vähe organiseeritud ja asutusesti erineva.

Üldkogumi moodustab uurimisülesande sisuga piiritletud kõigi uurimisobjektide kogum. Valim on kindlal viisil eraldatud osa üldkogumist, mida analüüsis kasutatakse üldkogumi asemel (Tooding 1999:101). Käesoleva uurimustöö üldkogumi moodustab 179 töötajat, keda asutuste juhid nimetasid töötavat antud sihtgrupi klientidega. Valimiks sai üldkogumist 78 respondenti, kelleks olid erineva ametikohaga töötajad

erihooldusteenust pakkuvates asutustes. Valmis esinevad kõik respondendid, välja ei jäänud kedagi, sest küsimustikule vastamine oli vabatahtlik ja vabatahtlik oli ka vastamine erinevatele küsimustele.

Valimi sotsiaal-demograafilised andmed on välja toodud joonisel 2 (vt joonis 2) kajastades respondentide arvu. Respondentidest 76 olid naised ja 2 meest, mis küll näitab, et naised töötavad antud alal rohkem, kuid 2 meest, kes töötavad sügava liitpuudega klientidega on hea näide, millest annab eeldada, et teiste teenuste klientidega tegeleb enam mehi. Vanuseliselt töötab selle teenuse pakkumisel enim 50-59 aastaseid respondente. Vastajate keskmine vanus mediaani alusel on 48 aastat. Noorim töötaja on 20 aastane ja vanim 71 aastane. 3 respondenti otsustas oma vanust mitte teatavaks teha. Kuigi autor andis respondentidele võimaluse märkida oma vanus numbriliselt, soovis ta ise jagada respondentide vanused kuude vanusegruppi lihtsustamaks analüüsi. Vanusegrupid jagunevad järgnevalt: 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69 ja 70-... aastased.

78,2% respondentides töötab asutuses tegevusjuhendajana, 7,7% asutuse juhina, 6,4% vanemtegevusjuhendajana (muu ametikoht) ja 3,8% hooldustöötajana. 1,3% (3x) töötajatest esindavad hooldusjuht (muu ametikoht), sotsiaaltöötaja, sotsiaaltöötaja/vanemtegevusjuhendaja.



**Joonis 2.** Valimi kirjeldus (autori koostatud).

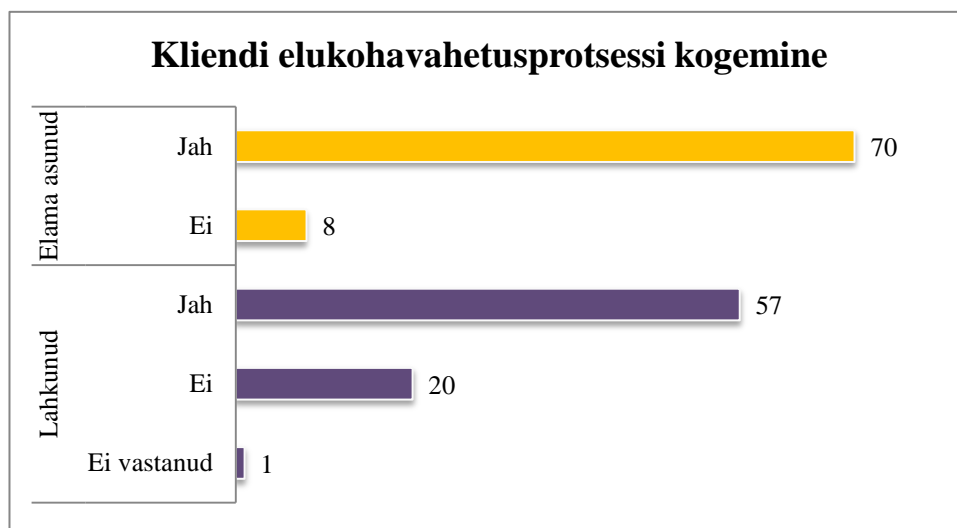
Respondendid, kes on enim töötanud erivajadustega klientidega, on tööl olnud 2-5 aastat esindades respondentide seas 25,6%. 24,4% töötajatest on erivajadustega klientidega töötanud 10-... aastat, 20,5% 1-2 aastat, 17,9% 5-10 aastat ja alla 1 aasta on tööl olnud 11,5% respondentidest. Respondentide vastustest on hea näha, et suurema osa töötajaskonnast moodustavad töötajad, kes püsivad antud töökohal, andes sellega klientidele kindlustunde. Uued töötajad aga toovad asutusse „ uut verd“ muutes arenemise ja edasimineku asutuses võimalikumaks, kuna nad toovad kaasa uusi ideid ja indu töötamiseks.

## 2.4. Uurimuse tulemused

### 2.4.1. Asutusse kolimine

Küsimustiku esimese osa küsimused puudutasid asutuste töötajate valikuid ja arvamusi selle kohta, kas nendel on olnud võimalus kogeda uue kliendi saabumist asutusse. 89,7% vastanutest on selles protsessis osalenud, 10,3% töötajatest ei ole osalenud. Põhjuseid võib siin olla mitu. Näiteks asutus on uus, töötajad on liiga lühikest aega töötanud antud töökohal ja sel ajal ei ole toimunud klientide liikumist. Põhjus võib olla ka selles, et kliendid, kes asutuses elavad, on seal elanud aastaid. Sel juhul ei ole oluline töötajate tööstaaz vaid hoopis klientide poolt elatud aastad asutuses, kus käesoleva uurimistöo respondendid töötavad.

Joonisel 3 (vt joonis 3) on näha, et kliendi kolimist asutusest ära on see-eest kogunud vähem töötajaid – 73,1% respondentidest ja töötajaid, kellel ei ole kliendi äraolimise kogemust, on 25,6%. 1 jättis vastamata. Vastustest saab aga järeldada, et töötajaid, kellel ei ole kliendi ärasaatmise kogemust, on rohkem, mis eeldab ka seda, et nad ei ole tuttavad asutuse tavadega selle sündmuse läbimiseks või kui on, ei ole seda ise praktikas kasutanud. Seetõttu põhinevad ankeetküsimustiku teise poole vastuste analüüsid enam arvamustele kui kogemustele. Seda võrreldes uue kliendi vastuvõtmisprotsessiga.



**Joonis 3.** Kliendi elukohavahetus protsessi kogemine töötajate poolt (autori koostatud).



Kui asutusse tuleb uus klient, siis on tavaks, et tal on kaasas mingisugune isiklik vara, dokumentatsioon ja keegi, kes kliendi üle annab. Sellest lähtuvalt esitas töö autor ka respondentidele järgnevad küsimused, mis puudutasid seda, kuidas nemad näeksid ette, kuidas uus klient võiks nende töökoha asutusse teenusele tulla. Kuna vastata said ka need respondendid, kes ei ole kogenud kliendi asutusse tulemise protsessi, siis vastused eeldasid nii kogemusi kui ka töötajate enda nägemust sellest, milline võiks olla vastav kord nende asutuses.

Teooria osas on selgelt ära toodud loetelu vajalikust dokumentatsioonist, mis tuleb kliendiga kaasa saata, kui ta asub elama uude elukohta. Sellest tulenevalt leidis ka 98,7% vastanutest, et kliendi isikliku dokumentatsiooni olemasolu on oluline. Mitte ükski respondent ei leidnud, et see ei ole oluline, kui klient saabuks asutusse informatsioonita enda kohta. Kuid 1,3% töötajatest leidis siiski, et see on ja ka ei ole oluline. Oma vastust põhjendas ta nii:

*Mingit tausta peaks teadma, kuid samas ei tohiks varasemast infost eelarvamusi ja hoiakut tekkida (R15).*

98,7% respondentide seast, kes nägid vajadust teada eelnevalt informatsiooni kliendi kohta, leidsid selle vajaliku olevat, kuna siis oleks võimalik teada saada kuidas klient käitub, mis diagnoosiga ta on, milliseid abivahendeid tal vaja läheb, kas ta on sotsiaalne ja kui, siis kellega suhtleb rohkem, kellega vähem. Võimalus on ka eelnevalt tema tuba mugavamaks muuta ja seega kohanemist lihtsustada (nt muutes tuba kliendi eelmises elukohas olnud toa sarnaseks). Vajalik on informatsioon ka selleks, et kliendile selgeks õpetatud tegevused ei ununeks. Ja informatsioonita tegevusvõime kohta ei suudeta ja ei teatagi, kuidas või mida õpetada. Järgnevalt on ära toodud mõne töötaja arvamused, kes arvasid, et on oluline teada kliendi kohta midagi tema eelmisest elukohast.

*Tänapäeval ei saadetagigi ega võeta vastu kliente ennem, kui tema sobivus antud teenusekohale selge pole. See hõlmab kõiki aspekte (käitumine, diagnoos, käitumise erisused, sobivus kaasklientidega jne). Esmalt toimubki mitmepoolsed läbirääkimised (SKA-juhtumikorraldaja, kliendi eestkostja või lähedased), sealhulgas räägitakse ka kliendi erisustest ja muust väga olulisest infost. Lisaks on AS Hoolekandeteenustel*

*olemas kliendi profiil – kus on kirjas kõik oluline info kliendi kohta ning alati räägitakse täpselt veel üle kas siis silmast-silma kohtudes või telefonivestustes. Reeglina ei tule klient teenusele nii, et temast midagi ei teata. (R62)*

*Ilma eelneva informatsioonita tuleb kliendiga alustada tööd nn „nullist“, et välja selgitada tema lemmik tegevused ning probleemset käitumist põhjustavad tegurid. Informatsiooni puudus tekitab lisatööd asutuses töötavatele tegevusjuhendajatele ja tekitab põhjendamatu stressi kliendile. (R3)*

*Igasugune info kliendi kohta on vajalik, kuna enamusele klientidele ei kõnele ja kui kõneleb ei pruugi see adekvaatne olla ja, et kliendi sisseelamine läheks valutult on hea temast midagi teada (R39).*

*Näiteks viimane klient, kes meile elama tuli oli kõnetu ning kasutas suhtlemiseks viipeid ja omi märke. Seetõttu oli väga oluline, et kõigepealt saime otse suhelda tema perekonnaga, kes andis väga palju infot tema kohta, ning umbes nädal hiljem külastas meid ka selle noormehe eelmine klassijuhataja, kellega uuesti infot ja mõtteid vahetada. See aitas nii meil kui ka kliendil, kes meile elama tuli, palju kiiremini üksteist mõistma hakata ning soodustas sujuvat sisseelamist. (R27)*

Kui informatsiooni olulisust kliendi kohta kolimisele eelnevalt pidas oluliseks 98,2% vastanutest, siis viis, kuidas informatsiooni sooviti saada, oli erinev. Ainult kirjalikult paber kandjal olevat informatsiooni soovis 25,6% respondentidest ja ainult suusõnaliselt kliendi otseselt saatjalt soovis informatsiooni saada 2,6% töötajatest. Enim, 71,8% oldi variandi poolt, kus informatsiooni kliendi kohta saadi kahepidiselt – nii suusõnaliselt otse kliendi saatjalt kui ka kirjalikult paber kandjalt.

25,6% vastanutest, kes soovis informatsiooni kliendi kohta saada ainult paber kandjal põhjendas oma valikud sellega, et siis ei ole võimalik informatsiooni kahepidiselt võtta, informatsioon on kindlam ja tõetruum ja seda on võimalik hiljem lugeda kõikidel töötajatel, kes kliendi sissekolimise päeval tööl ei olnud.

*Suusõnaliselt edasi antud info on poolik, sest alati ununeb põhiline rääkimata ja poolikut infot kollegidele edasi anda on veelgi poolikum. Paberil kirjas oleva info saab panna toimikusse ja on vajadusel kõigile lugeda /.../(R39)*

*Suusõnaliselt edasi antud informatsioon ei ole piisav kuna palju infot läheb kaduma. Pabeerkandjal on vajadusel võimalik veelkord üle vaadata, milles küsimus tekib (R 27).*

71,8% respondentidest, kes soovis kliendi kohta informatsiooni saada, nii suusõnaliselt otse kliendi saatjalt kui ka pabeerkandjal olevat teavet põhjendas seda sellega, et siis on pabeerkandjal võimalik saada informatsiooni kliendi haiguste ja käitumise kohta, aga suusõnaliselt töötajate endi kogemusi kliendiga toimetulekul. Samuti leiti, et sel viisil on võimalik saada enam informatsiooni ja kui pabeerkandjal on informatsiooni vähe, siis on võimalus kliendi saatjalt kohe üle küsida. Töötajate seas on levinud arvamus, et pabeerkandjale ei märgita kõike olulist kliendi kohta, kuid samas on see informatsioon kindlalt ühes kohas ja seda on võimalik alati vaadata, kui tekib mingi küsimus.

*Infotulg uue kliendi tulemisel on nii suur, et pelgalt verbaalne info ei jää kõik meelde, kuid samas esmase olulise info saab aga verbaalsel info vahetusel kõige kiiremini kätte (R 19).*

*Need infod võivad olla väga erinevad. Kui neid andmeid esitavad erinevad inimesed. Hea on teada mitut varianti (R 72).*

Kuigi 74,4% respondentidest pidas oluliseks saada informatsiooni kliendi otseselt saatjalt, kui ta asutusse saabub (vastajate koondsumma protsent: kes soovisid ainult suusõnalist informatsiooni ja kes soovisid nii suusõnalist kui pabeerkandjal olevat informatsiooni), siis ainult 64,1% töötajatest pidas oluliseks seda, et nad kohtuksid kliendiga eelnevalt kokku puutunud asutuse töötajatega. Mitteoluliseks pidas seda 15,4% respondentidest ja kahevahel (oluline ja mitteoluline) oli 19,2% vastanutest. Selle küsimuse olulisus seisneb töö autori arvates selles, kas on vajalik kliendiga kokkupuutuvate asutuste töötajad saata tutvuma uues asutusega kuhu klient elama kolib või et uue asutuse töötajad tulevad kliendiga eelnevalt kohutma tema nn vanasse kodusse.

Töötajad, kes ei pidanud kliendiga eelnevalt töötanud töötajaga kohtumist ja info vahetamist vajalikuks, põhjendasid seda asjaoluga, et tänapäeval on võimalik vahetada informatsiooni telefoni ja e-maili teel ning üldjuhul jäetakse olulisem niikuinii märkimata. 1 respondent maini siiski, et *see võiks toimuda siis, kui klient vajab erihoolt, mille juhiseid on kirjalikult raske edasi anda* (R 25).

*Ma ei näe mingit vajadust eelnevalt ilmtingimata näost-näku kohtumiseks /.../. Oluline on see just kodust tuleva kliendi puhul/.../. Teistsugune on loomulikult situatsioon siis kui toimub klientide suurem kodumuutus – ehk näiteks kolisid teistest kodudest meie kodusse 20 ÖT klienti. Sel juhul käisid meie töötajad 2 korda tulevast kodust eelnevalt klientidega kohtumas ja praktilt. See tähendab, et nad olid terve päeva kohapeal ja tegelesid meile tulevate klientidega ja õppisid neid tundma. Samas said töötajad kohe ka väga palju infot klientide kohta. Sel korral saadeti minule juba ette ka kliendi profiilikirjeldused. Klientide kolimisel meile – olid teise kodu töötajad kaasas ja aitasid klientidel kohaneda. Üks töötaja oli terve päeva kohapeal.* (R 62)

Kuigi viimane vastaja leidis, et kliendiga eelnevalt kokkupuutunud isikuga kohtumine ei ole oluline, siis põhjendas ta siiski, et mida enam töötaja veedab eelnevalt aega nii kliendi kui ka teise asutuse töötajaga, seda enam on võimalik kliendi kohta saada rohkem informatsiooni.

Seda arvas ka 64,1% respondentidest, kes pidas oluliseks kliendiga eelnevalt koos töötanud töötajaga näost näku kohtumist põhjendades seda järgnevalt:

*Olulised on kohtumised mõlemat pidi – uue koha töötajad tutvuvad kliendiga ja tema eelmises elukohas ja samuti elutingimustega. Aga samuti peaksid n-õ vanad töötajad tutvuma uute tingimustega ning kliendi ette valmistama. Samuti jagama ettepanekuid, kuidas keskkonda tema tulekuks ette valmistada.* (R 31)

*Osasid kliente käisime eelnevalt vaatamas ja tegevusjuhendajatega vestlemas. Nendega sujus kõik paremini.* (R 54)

*Tavaliselt on ÖT-kliendid väga erilised ja vaja on rohkem informatsiooni* (R 34).

*Oluline, et saaksime sama skeemi järgi jätkata (R 67).*

*/.../ Tuuakse lihtsalt klient ja mingisugune info kellegi kaudu (R 72). /.../ Universaalset dokumenti, kus kõik ühte inimest puudutav oleks kirjas, pole olemas. (R 19)*

*Lastele polnud nii oluline kui täiskasvanutele. Täiskasvanu eriti ei muutu ja tegevus ei sõltu niivõrd juhendaja isiksusest. (R 60)*

19,2% respondentidest, kes pidas kohutmist nii oluliseks kuid samas ka ei pidanud oluliseks (nii ja naa vastajad) põhjendasid oma valikut sellega, et me elame infotehnoloogia ajastul, kus on võimalik telefoni/e-maili teel piisavas koguses infot jagada. Ja info mida jagatakse kliendi kohta ei pruugi olla objektiivne.

*Tihti saadetakse klient uude elukohta elama saatjaga, kes ei ole võimeline andma näost-näkku vestlusel uues elukohas esitatavatele küsimustele piisavalt informatiivseid vastuseid. Saatja peaks olema kliendiga igapäevaselt tegeleenud. (R 3)*

*Kuna hoolekandeasutuste vahel käib mingil määral probleemsete klientide üksteisele nõ. „ära saatmine“, jäetakse probleemidest olulisem rääkimata (R 6).*

*On tulnud ette olukordi, kus ei öelda kliendi kohta õiget infot, st peaasi et meie tast lahti saame, aga tingimused on igal pool erinevad ja alati ei pruugi selline koht olla kliendile kõige sobivam. (R 63)*

Nagu eelenvate vastuste põhjal on võimalik näha, on teenust pakkuvate asutuste töötajad eri seisukohtadel. Tihti on ka nende kogemused erinevad, mille tõttu lähtutakse kogemustest, mitte sellest, mis on kliendi heaolule parim.

Küsimusele, kui oluliseks te peate kliendile, et tema uude elukohta saabudes oleks tal kaasas tuttav isik (hooldaja, tegevusjuhendaja, pereliige jne), kes aitab kliendil end uude kodusse sisse seada, olid vastuse variantideks: see on kliendi jaoks oluline ja see ei ole kliendi jaoks oluline. 85,9% respondentidest leidis, et see on kliendi jaoks oluline, et tal on kaasas saatja, kui ta uude asutusse kolib. 11,5% respondentidest arvas, et see ei ole oluline ja 2,6% oli kahevahel, leides et see on nii oluline kui ka mitte oluline.

Kuigi selle küsimuse puhul ei olnud valikut, kus respondentidel oleks olnud võimalik oma vastust põhjendada, otsustas 5 töötajat siiski seda teha (need, kes vastasid paber kandjal olevale ankeedile). Nende arvamus oli, et see on oluline kliendile juhul, kui ta oskab eristada võõraid omadest ja oluline ei ole siis, kui ta ei oska inimesi eristada. Kodust saabunute puhul võib tekkida oht, et pereliikmed (saatjad) võivad raskendada kliendi jaoks jäämist uude asutusse, kuid samas tõdeti, et see võib olla erinev ja soodustada kliendi kohanemist asutuses. Põhjenduste seas oli ka välja toodud soovitus, et kliendi saatja jääks asutusse vähemalt üheks ööpäevaks.

Kui asutusse asub elama uus klient siis üldjuhul tuleb ta koos oma pagasiga. Olenevalt kliendist ja kohast, kust ta tuleb, oleneb ka asjade/esemete kogus. Kuna pole loodud üldiseid reegleid, mis oleksid ühesugused kõikidele ööpäevaringset erihooldusteenust pakkuvatele asutustele, siis on igaa eraisiku või asutuse enda teha, mida nad soovivad ja on nõus vastu võtma koos uue kliendiga.

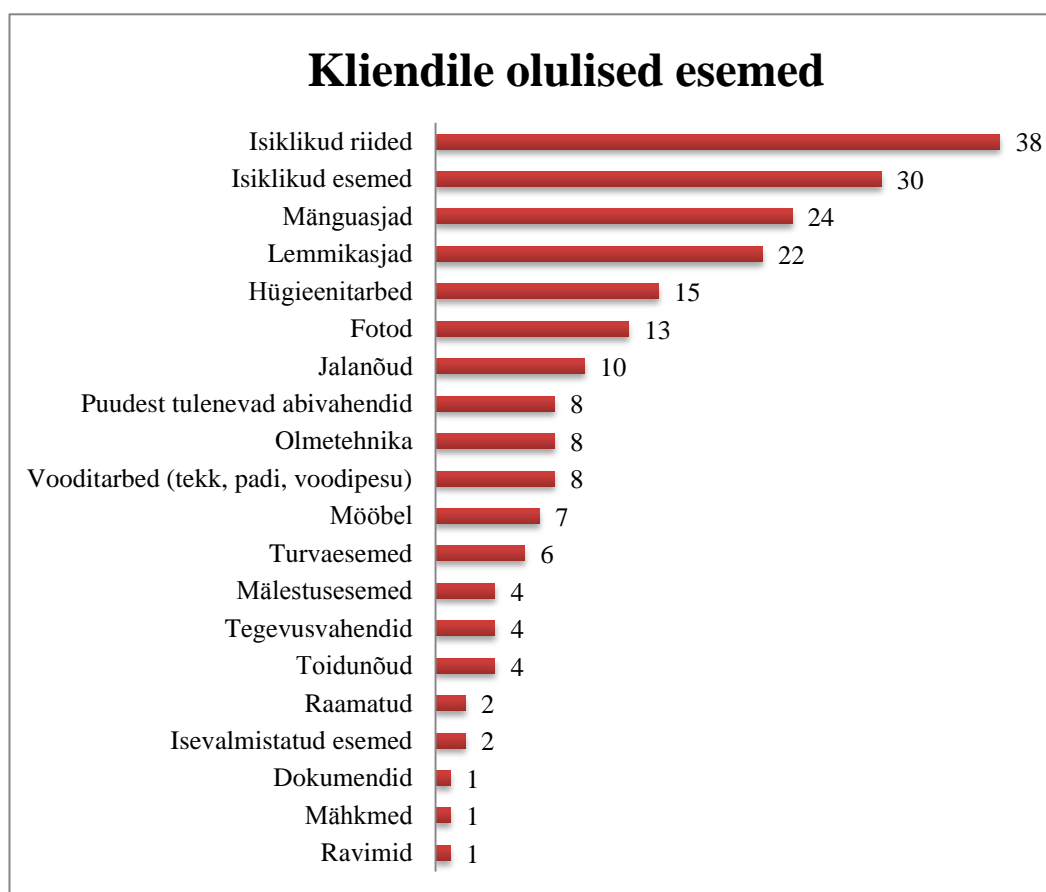
Eelmisest elukohast pärit esemeid, mis kliendiga koos tulevad tema uude elukohta, pidas kliendile oluliseks 93,6% vastanutest. Samas mitte ükski töötaja ei leidnud, et need ei ole kliendi jaoks olulised. Esemete olulisust põhjendas 37 töötajat asjaoludega, et esemed on kliendile turvaelemendi, need aitavad kliendil end sisse seada, olles mälestusesemeteks eelmisest elukohast kus nad olid talle tuttavad. Kuigi keskkond on muutunud, on esemed jäänud ikkagi samaks, luues mingi tunde kodususest, mis on eelnevalt olnud. Need esemed aitavad kliendil ka uues elukohas kiiremini kohaneda. Turvaelementideks pidas kaasavõetud esemeid kliendi jaoks 21 töötajat 37st.

*Olulised esemed on vägagi vajalikud turvaelemendid kliendile võõras keskkonnas, olgu või püksinööp või nööri jupp mida näppude vahel veeretada, see on nagu pidepunkt eilse ja tänase vahel (R 39)*

6,4% respondentidest, kes jäid kahevahele, vastates nii ja naa, põhjendasid oma valikut sellega, et see on oluline kui klient tunneb oma asju ja ebaoluline kui ei tunne. Kõik oleneb kliendist.

*On asju mis on kliendile olulised, kuid on ka asju mida ta vajab lihtsalt harjumusest (see harjumus ei pruugi sobida uude elukohta). Kui asi jääb maha, on kliendil lihtsam sellest harjumusest ehk vabaneda (R 37)*

Küsimustiku esimese osa küsimusele, milliseid esemeid ootavad töötajad klientidelt, kui nad asutusse saavad vastas 71 respondenti ja 7 otsustas sellele küsimusele mitte vastata. Küsimus erineb küsimustiku teise poole küsimusest, milliseid esemed on ette nähtud teie asutusest lahkuva kliendiga kaasa minema, asjaolu tõttu, et asutused erinevad ja seeläbi saab nende kahe küsimuse kaudu analüüsida, kas need esemed, mida töötajad ootavad kliendiga koos asutusse tulevat, erinevad nendest esemetest, mis tegelikult antakse kliendile kaasa, kui ta lahkuab asutusest. Tulemused on ära toodud joonisel 4 (vt joonis 4).



**Joonis 4.** Kliendile olulised esemed, töötajate arvamus (autori koostatud).

Kõige enam ootavad asutuse töötajad (38 vastajat) klientidelt, et neil on kaasas nende isiklikud riided. Riideesemete seas oli nimetatud nii hooajale vastavaid riideid kui ka isiklikku korralikku aluspesu. Klientide isiklikeks esemeteks oli nimetatud nii kliendi isiklik vara, mis on tema enda raha eest soetatud, kui ka vara, mis on aastatega temale omaseks saanud ja tema poolt omastatud, samuti esemed, mis on kaasa tulnud eelnevast/eelnevatest kodust/kodudest. Nende olulisuse märkis ära 30 respondenti ja kliendi mänguasjad olid märgitud 24 korral. Olulised esemed kliendile on veel: lemmikasjad (22), hügieenitarbed (15), fotod (13), jalanõud (10), puudest tulenevad abivahendid (rulaator, prillid, ratastool jne), olmetehnika, vooditarbed (8 respondenti), mööbel (7), turvaesemed (6), mälestusesemed, tegevusvahendid, toidunõud (4), raamatud ja isevalmistatud esemed (2), dokumendid, mähkmed ja ravimid (1 töötaja).

Eelmiselt jooniselt ja ka järgnevalt äratoodud nimekirjast on näha, et isiklikud esemed on kliendile väga olulised ning seda leiavad ka töötajad. Esemete nimekiri, mis kliendiga tema uude elukohta peaksid kaasa minema, oleks pikk, kui kõik asutused seaksid sisse ühesuguse süsteemi kliendi elukohavahetuseks.

#### **2.4.2. Asutusest lahkumine**

Nagu ka asutusse elama asumise puhul, on olemas erinevad põhjused, miks 25,6% respondentidest ei ole ise näinud ega kogunud kliendi teise asutusse lahkumise protsessi. Samas 73,1% töötajatest on selle protsessi kas siis täielikult või osaliselt koos kliendiga läbi teinud. 1,3% respondentidest jättis vastamata.

Kui saab teatavaks, et kliendil on ees ootamas elukohavahetus, algab protsess, milles osalevad peale kliendi veel kõik temale lähedased isikud. Pere, lähedased, selle asutuse töötajad, kus ta sel hetkel elab ja ka selle asutuse töötajad, kuhu ta elama asub. Selle protsessi analüüsimiseks palus autor respondentidel koostada kirjeldus, milline on kolimisprotsessi ettenähtud kord asutustes, kus nemad töötavad.

Sellele küsimusele vastas 56 töötajat ja 22 töötajat ei vastanud. 56-st töötajast 7, kes vastas sellele küsimusele, täpsustas aga, et nemad ei ole kliendi ärasaatmisprotsessis osalenud seetõttu, et nende asutusest ei ole kliente lahkunud, nad ei ole väga kaua tööl



olnud või nagu ühe töötaja põhjendus oli – klient on läinud haiglasse ja sealt edasi teisele teenusele.

Seega jäi järele 49 töötajat, kes kirjeldasid elukohavahetusprotsessi käiku. Esmane, mis enamasti töötajaid tegi, oli kliendi teavitamine kolimisest. 32 respondenti, kes teavitasid klienti elukohavahetusest, leidsid, et see on väga vajalik, kuid teavitamine sõltub kliendi arusaamise tasemest. Vestluse käigus seletatakse kliendile kolimise vajadust, seda, kuhu klient elama asub, küsitakse talt, mida ta kaasa võtta soovib jne. Teatud asutustes tutvustatakse kliendile ka „Mina kolin“ töövihikut ja täidetakse seda koos kliendiga.

Dokumentatsiooni ettevalmistamise leidis tähtsa olevat 19 respondenti. Põhjendades seda sellega, et paberimajandus käib juhtkonna kaudu. Kuid siiski oldi teadlikud, et asutuses koostatakse kliendi kohta hinnang, tegevusplaani kokkuvõte. Dokumentatsiooni lisatakse kliendi ravilood, rehabilitatsiooniplaan, kliendi varade audit, üleandmisakt ja suunamiskirjad.

34 töötajat osales koos kliendiga asjade pakkimisel, küsides temalt ka, mida ta kaasa soovib võtta. Kuid kui klient siiski olukorrast ise aru ei saanud, otsustas töötaja ise, mida kaasa pakkida. Kui töötaja meelest oli midagi puudu, siis osteti see juurde. Asjade pakkimisel lähtuti peamiselt siiski kliendi oma varade olemasolust ja nimekirjast, mis asutuses kliendi varadest on koostatud.

Asutusi, kus on soositud, et kliendiga läheb uude kohta kaasa saatja, tundub olevat vähe, sest ainult 8 vastajat ütles, et kas siis tema või kliendi tugiisik läheb koos kliendiga uude kodusse kaasa, et aidata tal seal ennast sisse seada ja siis vastata uue elukoha asutuse töötajate küsimustele. 2 töötajat on käinud kliendiga ka eelnevalt uue koduga tutvumas.

AS Hoolekandeteenused on organiseerinud ka koolituse kolimisprotsessi kohta, kuid seda mainis ainult üks töötaja. Üldiselt leiti, et on olemas kindel kord. Ainult üks töötaja vastas, et tema ei tee eriti midagi.

Kaaskirja kliendi harjumustest/eripärast ja muudest teguritest on ankeetküsimustiku vastuste järgi koostanud 38,5% respondentidest ja 59,0% töötajatest ei ole koostanud. 2 respondenti ei soovinud sellel küsimusele vastata.

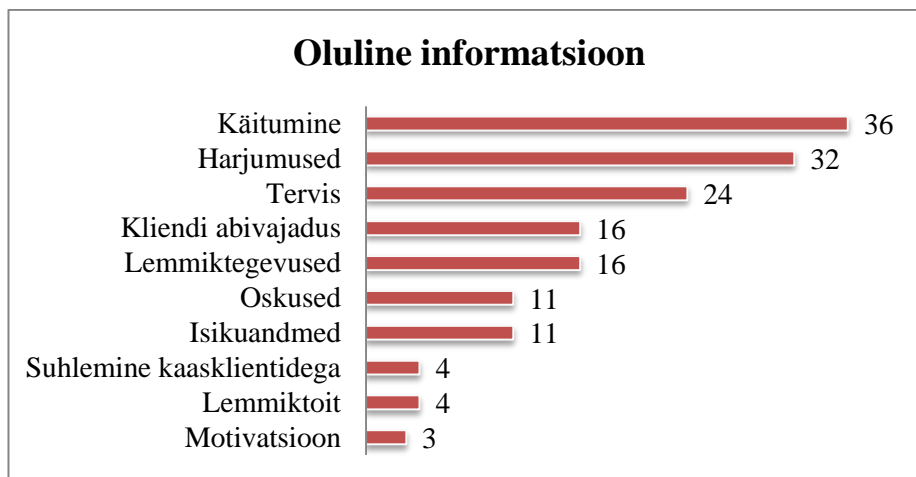
Informatsiooni kogus, mida kirjutatakse kliendi kohta, on väga erinev. See oleneb asutuse tavadest, ning kliendi tegevusjuhendajast, hooldustöötajast, asutuse juhust, kuna just nemad on need, kes kirjutavad selle informatsiooni.

Respondentidelt sai ka küsitud, kas nad peavad informatsiooni, mida nad kliendi kohta kirjutavad, piisavaks. Natuke üle poole vastanutest, 53,8% töötajatest pidas seda piisavaks. 23% töötajatest arvas, et see ei ole piisav ja juurde oleks vaja lisada veel informatsiooni kliendist, mida kliendi uue elukoha asutuse töötajatele edastada. Kahevahel, vastates jah ja ei, oli 6,4% töötajatest, kes leidis, et see informatsioon on piisav, kuid samas ei ole piisav. 16,7% respondentidest otsustas sellele küsimusele mitte vastata.

Erinevaid arvamusi informatsiooni piisavusest põhjendas 7 respondenti. Leides, et see oleneb olukorrast, sellest, millisest hooldekodust informatsioon saabub. Aja jooksul tuleb ise probleeme avastada ja kuigi töötajad ise on proovinud kliendi kohta koostada võimalikult põhjaliku analüüsi, on nad vastu saanud sellist informatsiooni kliendist, kus on esinenud varjamist, moonutamist ja informatsiooni vähesust.

Kui asutuse töötajatelt ankeetküsitluses küsiti, milline informatsioon kliendist, mida esitada asutuse töötajatele, kuhu klient kolima hakkab, on nende arvates oluline, siis kõige tähtsamaks pidasid nad infot kliendi käitumisest. 64-st sellele küsimusele vastanut (14 ei vastanud) 36 pakkus käitumist (vt joonis 5). Käitumise all kirjeldasid nad kliendi iseloomu, teda ärritavaid ja rahustavaid tegureid, kliendi eripärasid. Peamiseks mureks oli see, kuidas kliendiga siis hakkama saada, kui tal esinevad käitumisprobleemid ja ta võib osutada kellelegi teisele või iseendale ohtlikuks.

*/.../ Klientide käitumine on ettearvamatu ja kõike ei saa paberile panna (on arvamus kliendist, kuid me ei tea kuidas ta uues kohas käituda võib) (R 72).*



**Joonis 5.** Töötajate arvamusel oluline informatsioon, mida oleks vaja kliendi kohta esitada kliendi uue elukoha asutuse töötajatele (autori koostatud).

Järgmisena arvati – 32 respondendi poolt –, et oluline oleks edastada informatsiooni kliendi harjumustest. Nagu näiteks – kuidas ta sööb, millega ta sööb, millal ta magama läheb, kuidas talle magada meeldib, kuidas näeb tavaliselt välja tema päevaskeem, nädalaskeem. Edasi oli tervisest tingitud informatsioon (24 respondenti), kus sooviti välja tuua kliendi raviskeem, dieet, allergiad, põetud haigused jne.

Kliendi abivajaduse tähtsust pidas oluliseks 16 respondenti, pidades selle all oluliseks seda, kui palju päevas ja mis tegevustes vajab klient töötajate abi. Nendeks tegevusteks võivad olla söömisel abistamine, riietumisel abistamine, WC-toimingutes abistamine, hügieenitoimingutes abistamine jne. Olulise informatsioonina on veel ära toodud kliendi lemmiktegevused (16), oskused (11), isikuandmed (11), kaasklientidega suhtlemise tase (4), lemmiktoit (4) ja motivatsioon (3).

Vajalik oleks edastada informatsiooni kliendi huvidest, kuidas temaga suhelda (kliendile omased väljendid), arengutase, tegevusplaanid ja nende hindamised, mis kliendile meeldib ja ei meeldi, vajalikud abivahendid, olulised turvaelemendid, lemmikmänguasjad.

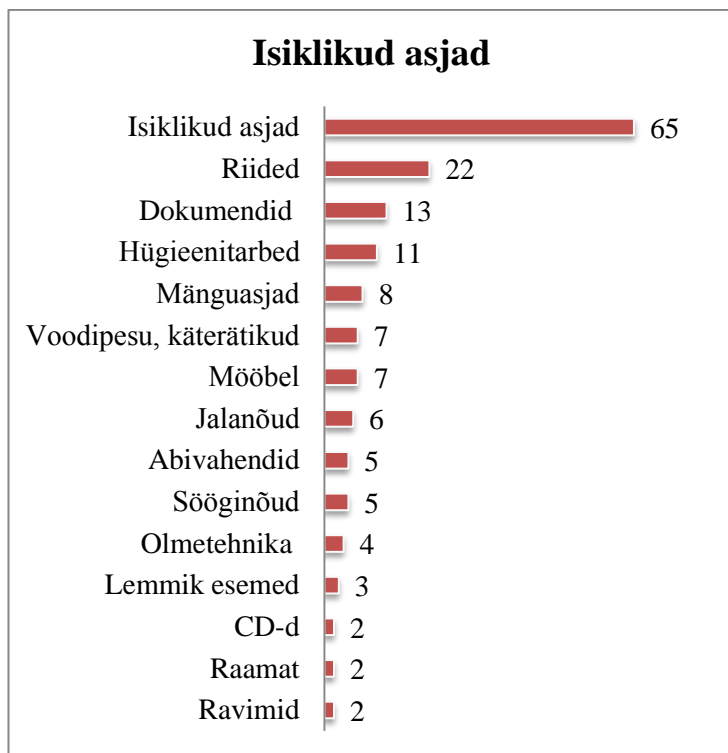
*Selline info, mis tekitab kliendis mugava tunde. St et uues kohas ei pea töötajad hakkama katsetama, mis kliendile meeldib ja mis mitte vaid see on juba teada. Samuti on tähtis ülevaade kliendi senistest tegevustest/ tegevusplaanidest. (R 25)*

*/.../ Mis info mingi kliendi kohta vajalik on, seda teavad ikkagi kõige paremini tegevusjuhendajad, kes kliendiga tegelevad. Kogu info, mida nemad oleksid tahtnud teada, kui nad konkreetse kliendiga tööle hakkasid. (R 27)*

*Meile tulle pole informatsioon alati olnud piisav, ise klienti teise kohta saates püüan kirjutada võimalikult palju ja täpselt kaasa (lisisin ka kliendi hambaravi kohta andmed – kus käis ja mis pooleli jäi)/.../. (R 63)*

Esemed, mida kliendiga kaasa pannakse, kui ta kolima hakkab, on asutusesti väga erinevad. Seda on näidanud siiani vastatud küsimuste vastuste analüüs. Järgnevalt on ära toodud respondentide kirjeldused esemetest, mis kliendiga tema uude elukohta kaasa lähevad. Nende esemete olulisuse tõttu on asutuse töötajad ja juhtkond leidnud olevat vajaliku saata need koos kliendiga tema uude elukohta. Sellele küsimusele vastas 69 töötajat ja vastamata jättis 9.

Joonisel 6 (vt joonis 6) on ära toodud asjade olulisuse järjekord. Joonisel on näha, et kõige olulisemad on kliendi isiklikud asjad, milleks on kliendi raha eest ostetud, kasutuskõlblikud, temale kingitud esemed. Isiklike asjadena on märgitud riided (22 respondenti), dokumendid (kliendi profiilikirjeldus, tegevusplaan, kokkuvõte jne). Hügieenitarbed, mänguasjad, voodipesu, käterätikud, mööbel (voodi, kapp, diivan, tugitool jne), jalanõud, abivahendid (prillid, kuulmisaparaat, ratastool, rulaator), sööginõud, olmetehnika (raadio, teler, MP3 mängija, telefon), lemmikesemed, CD-d, raamatud (õppematerjal), ravimid. Mainiti veel mälestusesemeid, jalgratast, vaba aja veetmise vahendeid, patja, tekki ja fotosid.



**Joonis 6.** Klientide isiklikud asjad, mida töötajad kaasa pakivad (autori koostatud).

Järgnevalt on veel mõned näited, mida tehakse kliendi asjadega, kui ta asub kolima uude elukohta.

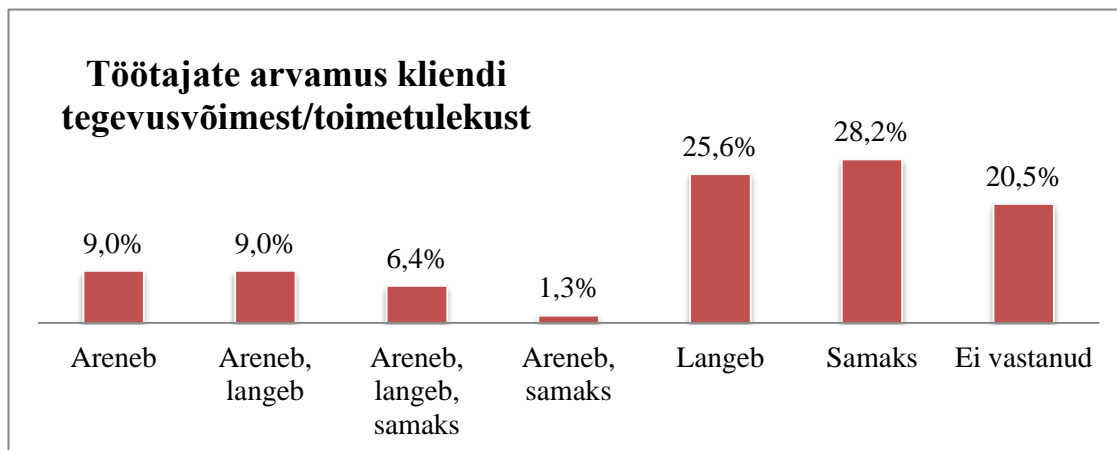
*Paberikandjal on meie asutuses kirjas klientide isiklikud esemed, mis on aastatega kogunud kliendile vastavalt vajadustele (R 43).*

*Isiklikud asjad, mis on talle sünnipäevaks kingitud. Ema või isa toodud asjad. Leeritunnistus, rist. (R 46)*

*Voodiriided 2, tekk, padi, jope, püksid 2, pluus 2, sokid 2, saunalinad 2, tass, kauss, lusikas (R 40).*

Kuigi töötajad ei saa kindlaks teha, kas klient, kes neil eelnevalt elas, on oma uues kodus sama tegevusvõimega/toimetulekuvõimega, kui ta oli nende asutuses, siis on seda võimalik jälgida uues asutuses nende töötajate poolt, kes võtavad kliendi uude kodusse vastu. Siin on vajalik just informatsioon eelnevast kodust, et võrrelda nt tegevusvõime taset.

Küsides respondentidelt kliendi tegevusvõime kohta, kas see uues elukohas areneb, langeb või jääb samaks, sai töö autor väga erinevaid vastuseid. Seda on näha ka allpool äratoodud joonisel 7 (vt joonis 7).



**Joonis 7.** Töötajate arvamus kliendi tegevusvõime/toimetuleku arenemisest, langemisest või samaks jäämisest (autori koostatud).

20,5% respondentidest otsustas sellele küsimusele mitte vastata ja alla poole neist (7 respondenti) otsustas seda põhjendada asjaoluga, et see oleneb peamiselt keskkonnast, kuhu klient elama asub; kõik oleneb sellest, kuidas klient kohaneb, kui vana ta on, mis puudeaste tal on. Kõik on individuaalne ja kliendid võivad üldse käituda nii või naa.

*Ei valiks ühtki, sest ma ei tea, kuidas kliendiga toimetavad sealsed tegevusjuhendajad, millised on võimalused, kuidas klient ise suhtub sealsesse korda. (R 4)*

9% töötajatest arvas, et tegevusvõime areneb, kuna klient asub elama institutsioonist pereelamusse, toimub keskkonna muutus, kliendile pakutakse uues kodus vastavaid tegevusi, mis arenevad. Kuigi keskkond muutub, peab klient selle uue keskkonnaga kohanema ja uude kohta valitakse klient tema potentsiaali järgi. Üks respondentidest vastas oma põhjenduses järgnevalt: *Meie hooldekeskuses kliendid arenevad paremuse poole. (14)*

1,3 % töötajatest arvas, et tegevusvõime nii areneb kui jääb ka samaks, seda põhjusel, et see kõik oleneb kliendist, tegevusjuhendajatest ja võimalustest, mida uus elukoht kliendile pakub.

Kolmepidise arvamusega oli 6,4% respondentidest, leides, et tegevusvõime nii areneb, langeb kui jääb samaks. See sõltub samuti kõigest – kliendist, tema diagnoosist, keskkonnast, uue elukoha töötajatest, kust ta tuli ja kuhu läheb. Viimase puhul leiti, et kui klient kolib suurest hooldekodust väikesesse, siis tegevusvõime areneb, kui aga väikesest kodust suurde institutsiooni, siis langeb.

Et kliendi tegevusvõime nii areneb kui ka langeb, leidis olevat tõenäolise 9% respondentidest. *Võib langeda, aga ka areneda, oleneb kohast ja sellest, mida kliendile uues kohas pakutakse, tegevused, õpivõimalused, kohanemisele kaasaaitamine. (R 6)* Kõik oleneb kliendist ja uue asutuse töötajatest.

*Kindlasti ei jää kliendi tegevusvõime samaks. Esialgu, sisseelamis perioodil võib arvata, et toimetuleku tase langeb. Kas see tase hiljem tõuseb samale tasemele või isegi ületab selle, see sõltub juba kliendist, tegevusjuhendajatest ning asutusest. (27)*

Järelejäänud 25,6% arvas, et tegevusvõime langeb ja 28,2% pooldas tegevusvõime samaks jäämise võimalust. Respondendid, kes leidsid, et tegevusvõime jääb samaks, põhjendasid seda nagu eelmiste variantide puhulgi kõik asjaoluga, et see kõik oleneb kliendist ja töötajatest, kes hakkavad kliendiga tööle. Kas neil on piisavalt aega kliendi jaoks, kas erialaspetsialistid on kättesaadavad uues kodus.

*Loomulikult mõjutab iga inimest elukohavahetus – eriti ÖT kliente protsessi ajal ja mõnda aega pärast elukoha vahetust. Samas ei muutu kliendi toimetulek. Lisaks ei toimu ükski vahetus lihtsalt niisama – eesmärk on tagada kliendile parim saadaolev teenus. Meie kodu kogemus on see, et kõik meile tulnud kliendid on arenenud eelkõige seetõttu, et kodu on väiksem ning töötajatel on rohkem aega kliendiga personaalselt tegeleda. Samuti seetõttu, et ühes peres elan 10 klienti ja õhkkond on vaikne, turvaline ja kliendile sobivam. (R 62)*

Tegevusvõime langemist pooldanud töötajad põhjendasid asjaoluga, et kliendil on hirm uue elukoha, inimeste, olukordade ees, mis mõjutavad klienti vähemalt paar kuud pärast kolimist. Klientidele on igapäevarutiin väga oluline ja selle muutumine võib kaasa tuua arengu langust. Uues kohas on vaja kohaneda teiste klientidega, töötajatega, keskkonnaga, uue päevarütmiga, uute tegevustega. Seda kõike on kliendile liiga palju.

Kuid positiivsena nähti asjaolu, et see langus on ajutine, mööduv nähtus, kuni hetkeni, mil klient on hakanud kohanema.

*Mulle teadaolevalt on minu klientidel olnud tagasilangus. Üldistada ei saa, puuduvad muud andmed (R 72).*

Olles eelnevalt küsinud respondentidelt ankeetküsimustiku esimeses pooles, kas nad on näinud kliendi jaoks olevat oluline, et neid saadab keegi nende uude elukohta, puudutas teise poole küsimus töötajate endi seisukohti antud tegevuse suhtes. Sellest lähtuvalt on 56,4% respondentidest leidnud, et see on vajalik. Kahevahel on 24,4% respondentidest, leides, et see on nii ja naa. 1,3% töötajatest arvab, et see on oluline, kuid samas on kahevahel. 15,4% leiab aga, et see ei ole vajalik tegevus, kuna klient peab uue koduga harjuma ja küll ta seda ka teeb. 2,6% töötajatest otsustas sellele küsimusele mitte vastata.

Omalt poolt soovisid töötajad lisada antud ankeetküsimustiku lõppu nende jaoks olulist informatsiooni, mida kas tuleks muuta või siis on nende asutuses kõik hästi korraldatud. Probleemidest kerkis paaril korral esile asjaolu, et töötajaid on vähe. Rohkemate kvalifitseeritud töötajatega on võimalik puudega klientidega teha palju rohkem kui pakkuda neile ainult hooldust. Siin all mõeldi, et pakkuda on veel vabaajaveetmise tegevusi, arendavaid tegevusi, kliendiga individuaalne tegelemine jne. Informatsioon tegevuste kohta, mida klient eelmises elukohas on teinud, on osutunud ka puudulikuks, mistõttu peavad kliendi uue kodu töötajad otsima kliendile uusi tegevusi, teadmata täpselt, mida ta oskab, mida talle teha meeldib, mida teha ei meeldi.

Probleemseks peavad töötajad rehabilitatsioonimeeskonna tööd, kes suunab kliendi valele teenusele ja seetõttu toimub kliendi pidev kolimine asutusest asutusse, kuna ta ei sobi sealse keskkonnaga. Näiteks satuvad ebastabiilsed kliendid sügava liitpuudega klientide sekka. Ka ei arvestata kliendi eripära ja seda, kuidas ta teiste klientidega kokku võiks sobida. Selline pidev kolimine mõjub kliendile äärmiselt halvasti, muutes tema käitumismalli veelgi enam halvemuse poole.

Kliendiga uude elukohta kaasa minnes ja seal tema kohanemisele kaasa aidates on töötajatel võimalus ka omavahel infot vahetada ja vaadata, milline on töökorraldus



teistes asutustes, leides sellega ka võimalusi muuta oma töökoha asutuse töökorraldust efektiivsemaks. Kontakti kliendi eelmise elukoha töötajatega peeti oluliseks ka hiljem, et tekitada kliendile turvatunnet, kui tuttav isik käib teda aeg-ajalt vaatamas.

## **2.5. Arutelu, järeldused ja ettepanekud**

Kolimine on üks osa inimeste elukäigust. Vähe on inimesi, kes ei ole kunagi kolinud. Kuid kolimine on siiski kõigile uudne kogemus, mis võib tekitada stressi, ängi, paanikat, hirmu, kaost jne. Otsus kolida on suur sündmus kõigile. Kolimine võib põhjustada sõprade kaotamist või turvalise ja tuttava keskkonna kaotamist. Kolimise otsus on ju siiski tehtud isiku poolt, kellel on otsustamisõigus ja seetõttu tunneb klient jõuetust, kuna ta ei saa ja ei tohigi mõjutada seda otsust. (Bech: 2005)

Otsus ööpäevaringsel teenusel olevate sügava liitpuudega klientide kolimise kohta on samuti nendest olenematu ja töötajate õlule jääb selle kõige korraldamine. Antud uurimustöö käigus analüüsis autor 78 töötaja ankeetküsimustiku vastuseid selleks, et leida võimalusi ja teha ettepanekuid, muutmaks kolimisprotsess nende klientidele mugavamaks. Uurimustöö respondendid töötavad 16 asutuses üle Eesti, kus pakutakse ööpäevaringset erihooldusteenust sügava liitpuudega klientidele.

Sügava liitpuudega klientidega tegelevad antud uurimustöö valimi järgi enamuses naised, kelle keskmine vanus on 46 aastat ja enim esindatud vanusegrupp valimis on 50–59 aastased. Kõige enam töökohti kuulub tegevusjuhendajatele. See tulemus võib olla seotud asjaoluga, et enamus töötajaid ja kliente on AS Hoolekandeteenused nimistus ja antud töö ankeetküsimustiku esitamisel esines just selle asutuse allüksuste (9 asutust) teenusepakkujaid kõige enam. Töötatud aja pikkus sõltub mitmest asjaolust, kuid enim erivajadustega klientidega tegelenud töötajaid oli olnud ametis 2–5 aastat.

Kuna uurimustöö lähtub erihoolekandeteenusel olevate klientide elukohavahetusprotsessist, siis soovis autor saada töötajate arvamusi selle protsessi kohta. Vastuste analüüsimine võimaldas töö autoril teha järeldusi töötajate arvamustest, hoiakutest ja töökorraldusest asutuses, kus küsimustikule vastajad töötasid. Nende järelduste põhjal veendus töö autor, et asutusesti on töökorraldus erinev, töötajad ja ka nende seisukohad

on erinevad. Kuid kõik soovivad siiski anda klientidele, kellega nad töötavad, parimat teenust, milleks nad võimelised on.

Uurimuse küsimused puudutasid kolimisprotsessi erinevaid tegevusi, mida töötajatel ja klientidel endil tuleb teha ja teada kolimisele eelnevalt, kolimise ajal ja sellele järgnevalt. Siit tulenevalt on uurimustöö ankeetküsimustiku esimene kolimist puudutav küsimus seotud informatsiooniga kliendi kohta. Kas töötajad peavad oluliseks saada eelnevalt informatsiooni kliendi käitumise kohta, kui klient nende asutusse kolima hakkab?

Kui klient hoolekandeasutust või -teenust vahetab, on heaks tavaks saata kogu eelnev kirjalik dokumentatsioon, sh tegevusplaan uude asutusse enne kliendi saabumist. See annab uuele meeskonnale võimaluse tutvuda saabuva kliendi andmetega, leppida kokku tema algse juhendamise osas ning kohandada keskkonda lähtuvalt tema vajadustele. (Probleemse... 2011: 22) Iga patsiendi ajaloo põhjalik analüüs aitab paremini mõista ebasoovitavate käitumiste põhjust ja seega anda teavet, mis peaks aitama vältida samasuguseid sündmusi tulevikus või vähemalt leevendada nende mõju. (Working with... 2006: 152 vahendusel)

Antud uurimustöö tulemused on siin kooskõlas teooriaga, sest 98,7% töötajatest leidis, et informatsioon kliendi kohta kolimisele eelnevalt on oluline. Seda peamiselt just seetõttu, et siis on teada kliendi käitumisega seonduvad tegurid. Kuigi käesolevast uurimusest selgus, et informatsioon on oluline, läksid arvamused lahku selle koha pealt, kas asutuse töötajad ka saavad kliendi kohta informatsiooni piisavalt ja mõnel korral seati kahtluse alla isegi informatsiooni õigsus.

Riigikontroll (Riigi tegevus... 2008: 14) avaldas oma auditis Riigikogule, et vähemalt 25 asutuses tähendati märkmed kliendi kohta üles iga päev ja kaheksas asutuses harvem kui kord kuus. Riigikontroll leiab, et nõuded, mis sotsiaalminister on teenuseosutajatele kehtestanud, on liialt üldised ning teenuste kvaliteedi tagamiseks peaksid olema kehtestatud teenuste standardid, mis muu hulgas reguleeriks ka teenuse saajatega tehtu/toimunu dokumenteerimist.

Kuna reguleerimata on, kuidas täpselt teiste asutustega informatsiooni jagada, siis olid erinevad ka vastused küsimusele, kas töötajad eelistavad informatsiooni kliendi kohta suuliselt või paber kandjal. Enim pooldati siiski võimalust saada informatsiooni nii paber kandjal kui ka kliendiga eelnevalt töötanud töötajatelt, mis annab suurema ülevaate informatsioonist kliendi kohta.

Iga ajalugu on piiratud ja osaline. Mõne patsiendi ajalugu võib olla esitatud viisil, mis tahtlikult annab edasi ainult teatud osa ajaloost, luues meelega ekslikke muljeid. See tähendab, et on tähtis koguda informatsiooni sõltumatutelt allikatelt. See on eriti oluline, kui jääb mulje, et patsient võib kujutada endast kõrget riski nii iseendale kui ka teistele. Tähtis on jagada saadud infot oma kolleegidega, selleks et kasutusele võtta asjakohaseid meetmeid ja vähendada riske. (Working with... 2006: 153)

64,1% respondentidest pidas oluliseks kohtumist kliendi saatjaga, tegevusjuhendaja, asutuse juhi või muu töötajaga just selleks, et vahetada informatsiooni kliendi kohta. Kuigi leiti ka, et see ei ole oluline (15,4%), sest näiteks oleme me jõudnud infotehnoloogia ajastusse, kus on võimalik kogu informatsioon kätte saada telefoni või e-maili teel. Võimalus on siin ka selline, et oluline informatsioon ei ole sel hetkel infot edastaval töötajal meeles, ja ta ei pruugigi olla teadlik, et see on oluline informatsioon selle asutuse töötajatele, kuhu klient kolib. Kliendi jaoks pidas 85,9% vastanutest oluliseks, et tal oleks kaasas saatja tema eelmisest elukohast, kes aitaks tal end uues kodus sisse seada. Oli ka respondente, kes leidsid, et see on vajalik ainult siis, kui klient saab aru, aga kui ta aru ei saa ja inimestel vahet ei tee, siis pole see ka oluline.

Kuna inimese ümberpaigutamine talle harjumuspärasest keskkonnast uude keskkonda on inimest psüühiliselt koormav, tuleks püüda seda maksimaalselt vältida. Kuid kui kolimine uude elupaika siiski toimub, siis on protsessi käigus vajalik pidevalt jälgida kliendi emotsionaalset seisundit ning teha kõik, et see oleks võimalikult stabiilne ja positiivne. Kliendi hooldusasutusse võtmise järel on vajalik kliendi meeleolu ja seisundi muutumisi väga tähelepanelikult jälgida ja muutustele kiiresti reageerida vähemalt esimese kahe nädala jooksul. (Hooliva... 2009: 143)

Vaimupuudega inimese hindamisel võib näha, et inimene, kes on kognitiivses arengus teatud tasemel, käitub selliselt, nagu on omane tavaliselt areneva lapse normaalse arenguprotsessi eri etappides. (Probleemse... 2011: 9) Seega on võimalik kasutada töös puudega inimestega ära ettepanekuid, mis on küll kehtivad laste puhul, kuid üldkokkuvõttes sobivad ka ööpäevaringsel erihooldusteenusel olevatele sügava liitpuudega klientidele.

Näiteks laste puhul, valmista ta ette lihtsate selgitustega, mida sa saad tihti korrata. Kui on aeg alustada pakkimist, selgita talle, et tema asjad pannakse lihtsalt kastidesse ja need võetakse siis uude kohta kaasa. Muidu võib ta hakata muretsema, et kõik tema mänguasjad kaovad ära või võetakse temalt ära. Püüa mitte osta uut voodit või muud mööblit sel perioodil. Uued asjad loovad ebaturvalisuse tunde. Vanad asjad on tuttavad ja loovad turvatunnet. (Bech : 2005)

Kliendile kuuluvaid esemeid tema eelmisest kodust, mis temaga uude elukohta kaasa tulevad, pidas oluliseks 93,6% respondentidest. See näitab selgelt, et esemed on inimeste jaoks olulised, ka klientide jaoks. Need on kliendile turvaelemendid, mälestusesemed, mis aitavad tal uue kohaga kohaneda, muutes uue keskkonna talle kuidagigi kodusemaks, sarnaseks eelmise kohaga, kus klient elas. Vastajate seas lausa soovitati kliendi uus tuba sisustada sarnaselt eelmise toaga. Sama on soovitatud ka Hooliva hooldaja käsiraamatus (2009: 144), kus on kirjas, et tuleks kohandada kliendi uus eluruum vastavalt kliendi vajadustele, soovidele ja võimalustele. Paigutada klient uude eluruumi vastavalt eelnevalt kokkulepitud protseduurile. Kontrollida uue eluruumi sobivust kliendile ja vastavust tema vajadustele ning teha selles vajalikke ümberkorraldusi.

Kliendiga kaasa anda soovitavad töötajad kliendi isikliku raha eest ostetud vara, mis sisaldab erinevaid esemeid alates riietest ja lõpetades jalgrattaga. Asutused, kus eeskirjades on kliendi kolimisprotsess paika pandud, näevad ette, et kliendiga peaks kaasa minema kogu tema isiklik vara. Kaasa panna ei soovitata ainult kasutuskõlbmatuid esemeid.

Uurimuse teise poole küsimused respondentidele puudutasid asutuste töötajate tegevusi, mida nad teevad siis, kui klient hakkab nende asutusest lahkuma. Kliendi lahkumisprotsessis oli osalenud 73,1% respondentidest ja peamiste tegevustena selle protsessi käigus nimetasid töötajad, et nad teavitavad klienti kolimisest, seletades talle, kuhu ja miks ta minema peab. Oli töötajaid, kes ütlesid, et nad seletavad klientidele kolimise põhjuseid siis, kui klient on võimeline aru saama, ja kui ta ei ole võimeline aru saama, siis ei tehta eelnevalt pikemat teavitustööd. Kuna teooria osas on ära toodud sügava liitpuudega klientide arengutasemed ja see, kuidas ja millest nad on võimelised aru saama, siis jäid töö autorile arusaamatuks töötajate vastused, kes seletasid kliendile pikalt ette, mida nad talle räägivad. Samamoodi jäi töö autorile selgusetuks, kuidas tutvustatakse sügava liitpuudega klientidele näiteks „Mina kolin“ töövihikut. Siit tulenevalt hakkas töö autor kahtlema, kas teenusel, mida ööpäevaringsel erihooldusteenusel sügava liitpuudega klientidele pakutakse, on õige diagnoosiga kliendid ja kas rehabilitatsioonimeeskonna otsuste põhjal on kliendid õigele teenusele suunatud.

Kliendi kohta kaaskirja kirjutamiseks on asutuste ettenähtud kord erinev. On asutusi, kus lastakse töötajatel ise otsustada, mida nad kliendi kohta kirjutavad. Kuid on ka asutusi, kus on ettenähtud kord, mida kliendi kohta kirjutada. Kuigi see kord võib olla olemas, on siiski asutusesti erinev ka see, kui palju kliendi kohta informatsiooni kirjutada. Mõnes asutuses on vajalik kirjutada ainult üldine informatsioon, aga mõnes soovitatakse informatsiooni koostajale kirjutada ka töötaja enda arvamusi kliendist, seda, mis kliendiga tema vabaajategevustel tehakse jne. Informatsiooni, mida kliendi kohta kirjutatakse erinevates vormides, peeti piisavaks 53,8% töötajate poolt ja 23% töötajatest leidis, et see ei ole piisav. Ülejäänud 23,1% soovis kas sellele küsimusele mitte vastata või leidis, et see on ja ei ole ka piisav.

Kliendi vara, mis kliendiga tema uude elukohta kaasa läheb, on enam-vähem sama, mis on esemete nimekirjas, mida töötajad ootavad kliendiga kaasa tulevat tema eelmisest elukohast. Seega pakitakse kliendile kaasa tema isiklik vara.

Kliendi tegevusvõime ja toimetulekuvõime langemise, samaksjäämise ja arenemise kohta oli enamusel respondentidest erinev arvamus, jagunedes arengu tõusmise poole

pealt võrdselt. Kuid 28,2% arvas siiski, et tegevusvõime langeb. See kõik aga oleneb kliendist, tegevusjuhendajatest ja keskkonnast.

Juurde sooviti respondentide poolt veel lisada, et ei oleks vaja kliente ühest kohast teise kolida, kuna see ei mõju kliendile hästi. Samuti loodeti, et rehabilitatsioonimeeskonna töö muutub efektiivsemaks ning kliente ei saadeta enam valele teenusele. Nagu näiteks on juhtunud, et ebastabiilse remissiooniga kliendid suunatakse sügava liitpuudega klientidele mõeldud teenusele. Kuid üldiselt soovitati siiski toetada klienti võimalikult palju ümberkolimise protsessi käigus, andes piisavas koguses informatsiooni uue asutuse töötajatele ja olles kliendiga kolimisele eelnevalt ja kolimise ajal koos. Soovitati ka pidada enam kontakti asutusega, kuhu klient kolis, et anda siis hiljem edasi vajalikku informatsiooni küsimuste kohta, mis kliendi uue elukoha töötajatel tekkisid töö käigus.

Lähtudes teooriast, uurimustulemuste vastustest ja töö autori järeldustest soovib töö autor teha ettepanekuid Sotsiaalkindlustusametile ja asutustele teenuse kvaliteedi parandamiseks ja klientide elukohavahetusprotsessi kavandamiseks.

Ettepanekud Sotsiaalkindlustusametile:

1. Koostada ühtsed juhised klientide kolimisprotsessiks.
2. Koostada selged juhised rehabilitatsioonimeeskondadele, mille alusel määratakse klient teenusele. Käeolevas uurimustöös kasutatud info põhjal tuleb ette olukordi, kus rehabilitatsioonimeeskond on kohandanud kliendile ebasobiva teenuse.

Ettepanekud ööpäevaringset erihooldusteenust pakkuvatele asutustele:

- vahetada asutuste vahel kliendi kohta käivat informatsiooni nii kolimisele eelnevalt kui ka selle järgselt;
- igas asutuses panna kokku põhjalik klienti ja tema eripärasid puudutav informatsioon, mis hõlmab materjali kliendi asutusse saabumise päevast; antud toimik liigub koos kliendiga asutusest asutusse;
- koostada kliendi isikliku vara nimekiri alates kliendi saabumisest esimesse asutusse. Kolimisel panna kliendile kaasa kogu tema kasutuskõlblik isiklik vara. Oluline on kaasa pakkida kliendile tähtsad asjad, mis on kliendile turvaelementideks, olenemata nende seisukorrast;

Ettepanekud sügava liitpuudega klientidele erihoolekandeteenust pakkuvatele asutustele:

- tegeleda koliva kliendiga individuaalselt, pakkudes talle igakülgset toetust, olles võimalikult palju kliendiga koos;
- anda kliendi kohta ausat ja piisavat suulist ja kirjalikku informatsiooni tema järgneva elukohta töötajatele;
- leida võimalus saata koos kliendiga uude elukohta temaga eelnevalt kokku puutunud töötaja.

Edaspidiseks uuringutekt antud teemal, mis on teema aktuaalsuse tõttu kindlasti vajalikud, teeb autor ettepaneku uurida antud teemat lähemalt kaasates sinna ka teisi ööpäevaringsel erihooldusteenusel olevaid kliente.

## KOKKUVÕTE

Käesolev lõputöö on kirjutatud ööpäevaringse hooldusvajadusega klientidega tegelevatele töötajatele, kellel seisab ees kliendi elukohavahetusprotsess. Autor leidis olevat oluline uurida, kuidas kavandada antud protsessi kliendi jaoks paremaks, kuna praegu ei ole asutustes olemas sellekohaseid konkreetseid juhiseid. Sellest lähtuvalt oli töö eesmärk välja selgitada uurimustulemustest tulenevad ettepanekuid ööpäevaringse hooldusvajadusega klientide elukohavahetusprotsessi kavandamiseks.

Lõputöö koosneb teoreetilisest ja empiirilisest osast. Uurimustöö teoreetilises osas annab autor ülevaate Eesti erihoolekandeteenustest, teenuse klientidest, tuues esile sügava liitpuudega kliendid. Samuti kirjeldab autor, milline oli olukord erihoolekandetasutustes paarkümmend aastat tagasi ja kuhu on jõutud tänapäeval. Välja on toodud inimeste kohanemine ja kohanemisel esilekerkivaid probleeme, seda just erihooldekodude vaatenurgast lähtudes.

Uurimus viidi läbi, kasutades kvantitatiivset meetodit, saates 16 Eestis sügava liitpuudega klientidele ööpäevaringset erihooldusteenust pakkuva asutuse 179 töötajale ankeetküsimustiku kas e-Formularis või paberkandjal. Valimi moodustasid 78 erinevat ametikohta omavat töötajat (asutuse juht, sotsiaaltöötaja, tegevusjuhendaja, hooldustöötaja jne). Need töötajad puutuvad oma igapäevases töös kokku sügava liitpuudega klientidega, osates nende väljendustest ja käitumisest välja lugeda seda, mis tavalisele inimesele märkamatuks jääb. Sellest tulenevalt oli küsimustik suunatud just töötajatele, mitte klientidele enestele, lähtudes klientide arengutasemest.

Töötajatel paluti kirjeldada oma arvamusi sellest, kuidas nemad näevad, milline on praegune kord klientide kolimisprotsessis ja mida nad ise sooviksid ja soovitaksid teistel



teha, et klientide elukohavahetusprotsess muutuks efektiivsemaks. Tuginedes teooriale ja uurimustulemustele, tõi töö autor välja, milline võiks olla erihooldusteenusel olevate liitpuudega klientide kolimisprotsess.

Uurimustulemustest lähtuvalt võib välja tuua, et kolimisprotsess on asutusesti väga erinev ja korraldamata. On asutusi, kus protsess on küll korraldatud, kuid kui see ei toimi sarnaselt kõikides asutustes, siis ei ole ka võimalik head tulemust oodata. Klientidele aga mõjub see korraldamatus halvasti.

Lõputöö autor leiab, tuginedes tulemustele, et asutustes on vajalik sisse seada ühtne kord, mille teeb võimalikuks Sotsiaalkindlustusameti sekkumine, kes koostaks juhised, mis oleksid kõikidele asutustele samad. Juhised peaksid autori uurimusele baseerudes sisaldama:

- Kliendi dokumentatsiooni, mis on asutuses kogutud ja säilitatud alates hetkest, kui ta sinna elama asus. Sinna peaks kuuluma informatsioon kliendi raviloost, rehabilitatsiooniplaan, tegevusplaan, ära kirjad, suunamisotsused, arstitõend, kliendiprofiilikirjeldus ja muu dokumentatsioon, mis on kliendi faili aastatega kogunenud. Oluline on siin just tegevusjuhendajate, hooldustöötajate põhjalik omapoolne kirjeldus kliendi kohta.
- Võimalust asutuste töötajal, kes on kliendi tugiisik, minna nii kolimisele eelnevalt (tutvuma asutuse keskkonnaga kui ka töötajatega) kui kolimise ajal kliendiga kaasa, olles talle turvaelemendiks, pakkudes seega tuge protsessi ajal.
- Kohustust koostada nimekiri kliendi varadest ja kliendile olulistest esemetest, mis kolimise ajal kaasa panna. Seda nimekirja koostamist oleks vajalik alustada alates hetkest, kui klient asutusse elama asub ja täiendada seda vastavalt vajadusele ja uuele omandatud varale.

Töö autor ei saa väita, et neid toiminguid asutustes juba läbi ei viida, kuid tema soov oli antud teemat uurima hakates leida võimalus, kuidas kõik ööpäevaringset erihooldusteenust pakkuvad asutused leiaksid ühise tee, parandamaks sügava liitpuudega klientide elukohavahetusprotsessi.

## VIIDATUD ALLIKAD

1. **Aminzadeh, F., Dalziel, W.B., Molnar, F.J., Garcia, L.J.** 2009. Symbolic meaning to a residential care facility for persons with dementia. – *Aging & Mental Health*, Vol. 13 (3), pp. 487-496.

[<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.utlib.ee/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=6442abd1-3281-45b6-b969-6c44fdf8bff5%40sessionmgr112&hid=103>] 02.05.2014.

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

3. **Bech, C.** 2005. Moving house – making it less stressful for children. [[http://www.netdoctor.co.uk/health\\_advice/facts/movinghouse.htm](http://www.netdoctor.co.uk/health_advice/facts/movinghouse.htm)] 16.02.2014.

4. **Bhaumik, S., Tyrer, F., Ganghadaran, S.** 2011. Assessing quality of life and mortality in adults with intellectual disability and complex health problems following move from a long stay hospital. – *Journal of Policy in Intellectual Disabilities*, Vol. 8 (3), pp 183-190.

[<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.utlib.ee/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f706d377-4738-4805-bd01-8e0b0c919f2a%40sessionmgr115&vid=9&hid=112>] 15.02.2014.

5. **Carnaby, S.** 2007. *Developing Good Practice in the Clinical Assessment of People With Profound Intellectual Disabilities and Multiple Impairment*. – *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. Vol 4 (2), pp. 88-96.

6. **Dunworth Fitzgerald, M., Sweeney, J.** 2013. Care of adults with profound intellectual and multiple disabilities. – *Learning disability practice*. Vol. 16 (8), pp 32-38.

[<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.utlib.ee/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=541fd867-e730-4430-ac4a-04ecf6cdcd0e%40sessionmgr4004&hid=4112>] 12.04.2014.

7. Eesti vaimse tervise poliitika alusdokument. 2002. Tallinn. [[http://www.praxis.ee/fileadmin/tarmo/Projektid/Tervishoid/Vaimse\\_tervise\\_poliitika\\_alusdok\\_valjatotamine/VTAD\\_EST.pdf](http://www.praxis.ee/fileadmin/tarmo/Projektid/Tervishoid/Vaimse_tervise_poliitika_alusdok_valjatotamine/VTAD_EST.pdf)] 12.04.2014.

8. **Emerson, E.** 2004. Cluster housing for adults with intellectual disabilities. – Journal of Intellectual & Developmental Disability, Vol. 29 (3), pp187-197 [<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.utlib.ee/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f706d377-4738-4805-bd01-8e0b0c919f2a%40sessionmgr115&vid=6&hid=112>] 28.03.2014.

9. Erihoolekande teenuste osutajad. Sotsiaalkindlustusamet. [<http://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/halduslepingud-hoolekande-teenuse-osutamiseks-3/>] 15.02.2014.

10. Erihoolekandeteenused. EV Sotsiaalministeerium. [<http://www.sm.ee/sinule/puudega-inimesele/sotsiaalteenused-puudega-inimesele/erihooletamine.html>] 22.03.2014.

11. Hoolekande konseptsioon 2004. EV Sotsiaalministeerium. [[http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/Sotsiaalhoolekande/hoolekande\\_konseptsioon.pdf](http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/Sotsiaalhoolekande/hoolekande_konseptsioon.pdf)] 13.04.2014.

12. Hooliva hooldaja käsiraamat. 2009. Koostaja Paavel, V. EV Sotsiaalministeeriumalministeerium. [<http://www.sm.ee/sinule/puudega-inimesele/sotsiaalteenused-puudega-inimesele/erihooletamine.html>] 18.03.2014.

13. **Kivi, K.** 2010. Hooldekodu klientide kolimine ja adaptatsioon nende uue koduga. Kuressaare (Kursusetöö)

14. **Kokk, P., Kurves, T.** 2006. Riiklike erihooletamisasutuste ja –teenuste reorganiseerimise kava. Tallinn: EV Sotsiaalministeerium. [[http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/puudega\\_inimestel](http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/puudega_inimestel)

e/Erihoolekandeteenused/Riiklike\_erihoolekandeaasutuste\_ja\_ -  
teenuste\_reorganiseerimise\_kava.pdf] 13.04.2014.

15. Kooliadaptatsioon: lugemiseks pedagoogidele, koolipsühholoogidele ja teistele huvilistele. 1992. Koolipsühholoogia labor. Tartu : Tartu Ülikooli Kirjastus

16. **Mansell, J., Beadle-Brown, J.** 2010. Deinstitutionalization and community living: position statement of Comparative Policy and Practice Special Interest Research Group of International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities. - Journal of Intellectual Disability Research, Vol. 54 (2), pp. 104-112. [http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.utlib.ee/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f706d377-4738-4805-bd01-8e0b0c919f2a%40sessionmgr115&vid=11&hid=112] 28.03.2014

17. **Paavel, V., Kõrgessaar, J., Sarjas, A., Sõmer, S., Vasar, V.** 2000/2001. Psüühilise erivajadusega inimeste hoolekanne Eestis. EV Sotsiaalministeerium. [http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/puudega\_inimestel e/Erihoolekandeteenused/K%C3%A4siraamat\_Ps%C3%BC%C3%BChilise\_erivajadus ega\_inimeste\_hoolekanne\_Eestis.pdf] 28.03.2014.

18. **Pedak, K.** Erikehakultuur. Lühivõtte ülevaade erivajadustest. [http://www.tlu.ee/opmat/ts/TST6004/3\_lhilevaade\_erivajadustest.html] 12.05.2014.

19. **Pedak, K.** 2013. Erivajadustega inimeste rekreatsioon. TLÜ Tervisteaduste ja Spordi Insituut, Tervisteaduste osakond. [http://www.e-ope.ee/\_download/euni\_repository/file/3986/Erivajadustega\_inimeste\_rekreatsioon.pdf] 16.05.2014.

20. Probleemse käitumise ennetamise ja juhendamise hea tava käsiraamat 2011. Koostajad: Tõnisson, U., Salumaa, M., Klaassen, A. MTÜ Hoolekande Ekspertiisi- ja Nõustamiskeskus. [http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/puudega\_inimestel e/Erihoolekandeteenused/Probleemse\_k%C3%A4itumise\_ennetamise\_ja\_juhendamise\_ hea\_tava\_k%C3%A4siraamat.pdf] 12.04.2014.

21. Puude raskusastme määramise ja lisakulude tuvastamise kord. – Riigi Teataja Lisa, 2002, nr 10, art 104. [<https://www.riigiteataja.ee/akt/163256>] 15.05.2014.
22. Puudega inimesed. EV Sotsiaalministeerium. [<http://www.sm.ee/sinule/puudega-inimesele.html>] 18.03.2014.
23. Puuetega inimeste õiguste konventsioon ja fakultatiivprotokoll. – Riigi Teataja II osa, 2012, nr 6 [<https://www.riigiteataja.ee/akt/204042012006>] 16.04.2014.
24. Puuetega inimeste õiguste konventsiooni ratifitseerimise seadus. – Riigi Teataja II osa, 2012, nr 5. [<https://www.riigiteataja.ee/akt/204042012005>] 16.05.2014.
25. Puuetega inimestele. Sotsiaalkindlustusamet. [<http://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/puuetega-inimestele/>] 22.03.2014.
26. **Põldemaa, K.** 1995. Vaimupuudetöö sotsiaaltöö kontekstis. Vaimupuudetöötajate pädevustamise võimalusi. Magistritöö. Tallinn: EV Sotsiaalministeerium.
27. Püsiva töövõimetuse ja puude ekspertiis. 2013. Rahvastiku- ja sotsiaalstatistika osakond. Riiklik statistiline aruanne. EV Sotsiaalkindlustusamet. [<http://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/arstlik-ekspertiis/>] 23.03.2013.
28. Rehaabilitatsiooniteenus. EV Sotsiaalkindlustusamet. [<http://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/rehaabilitatsiooniteenus-5/>] 24.03.2014.
29. Riigi tegevus psüühiliste erivajadustega isikute riikliku hoolekande korraldamisel. Kas riik suudab tagada psüühiliste erivajadustega isikutele vajalikud teenused? 2008. Tallinn: Riigikontroll. [[http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/1474/1/Riigikontroll2008\\_1.pdf](http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/1474/1/Riigikontroll2008_1.pdf)] 16.03.2014.
30. **Saadi, R.** 2013. Eesti võimalused üleminekuks kogukonnapõhisele hooldusele. – Sotsiaaltöö ja sotsiaalpoliitika erialaajakiri, nr 5, lk. 29-31.
31. **Saloviita, T.** 1990. Adaptive behaviour of institutionalized mentally retarded persons. Jyväskylä: Univeristy of Jyväskylä.

32. **Sines, D., Hogard, E., Ellis, R.** 2012. Evaluating quality of life in adults with profound learning difficulties resettled from hospital to supported living in the community. – *Journal of Intellectual Disabilities*. Vol. 16 (4), pp. 247-263. [<http://jid.sagepub.com.ezproxy.utlib.ee/content/16/4/247.full.pdf+html?>] 14.04.2014.
33. **Soo, K., Espenberg, S., Kasemets, A.** 2009. Puuetega inimeste ja nende pereliikmete hoolduskoormuse uuring. Sotsiaalteaduslike rakendusuuringute keskus RAKE. [[http://www.ec.ut.ee/sites/default/files/ec\\_files/PIU2%20tulemuste%20esitlus.pdf](http://www.ec.ut.ee/sites/default/files/ec_files/PIU2%20tulemuste%20esitlus.pdf)] 12.05.2014.
34. Sotsiaalhoolekandeseadus 1995. – Riigi Teataja I osa, 1995, nr 21, art 323. [<https://www.riigiteataja.ee/akt/122122013046>] 16.04.2014.
35. Sotsiaalhoolekanne. EV Sotsiaalministeerium. [<http://www.sm.ee/tegevus/sotsiaalhoolekanne.html>] 22.03.2014.
36. Sotsiaalse kaitse ja kaasatuse riiklik aruanne 2008-2010. 2008. Euroopa Liidu avatud koordineerimise meetodi raames. EV Sotsiaalministeerium. [<file:///C:/Users/Kasutaja/Downloads/estonia.et.pdf>] 12.05.2014.
37. **Taival, A.** 1998. The older person's adaption and the promotion of adaption in home nursing care. Action research of intervention through training based on the Roy adaption model. Tampere: University of Tampere.
38. **Tamm, V.** 1996. Statistika baasmõisted ja –meetodid majanduses. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus.
39. Tegevusjuhendaja käsiraamat. 2010. Toimetajad Rahu, A., Otepalu, M. Tallinn: Tallinna Raamatutrükikoja OÜ.
40. **Tooding, L.-M.,** 1999. Andmeteanalüüs sotsiaalteadustes. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus.

41. **Unukainen, T.** 2013. Probleemid kohtu poolt määratava ööpäevaringse erihooldusteenusega. – Sotsiaaltöö ja sotsiaalpoliitika erialaajakiri, nr 4, lk. 20-23.
42. Vaimupuudega inimeste normaliseeritud elutingimused. Teoreetiline taust ja praktiline kogemus. 2003. Toimetaja Grunewald, K. Tallinn: Eesti Vaimupuudega Inimeste Tugiliit.
43. **Vlaskamp, C. Hiemstra, S.J., Wiersma, L.A.** 2007. Becoming Awar of What You Know or Need to Know: Gathering Client and Context Characteristics in Day Service for Persons With Profound Intellectual and Mltiple Disabilities. – Journal of Policy in Intellectual Disabilities. Vol 4 (2), pp. 97-103.
44. **Weeghel, J., Audenhove, C., Colucci, M., Garanis-Papadatos, T., Liegeois, A., McCulloch, A., Muijen, M., Norcio, B., Ploumbidis, D., Bauduin, D.** 2005. The components of good community care for people with severe mental illnesses: views of stakeholders in five European countries. - Psychiatric Rehabilitation Journal, Vol. 25 (3), pp. 274-281. [http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.utlib.ee/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f706d377-4738-4805-bd01-8e0b0c919f2a%40sessionmgr115&vid=5&hid=112] 28.03.2014.
45. Working with serious mental illness. A manual for clinical practice. 2006. Editors Gamble, C., Brennan, G. Edinburgh: Elsevier Limited.
46. Ööpäevaringne erihooldusteenus. EV Sotsiaalministeerium. [http://www.sm.ee/sinule/puudega-inimesele/sotsiaalteenused-puudega-inimesele/erihoolekanne.html] 23.03.2014.

## LISAD

### Lisa 1. Ööpäevaringsel erihooldusteenusel olevate sügava liitpuudega klientide elukohavahetus protsessi kavandamine

Lugupeetud küsimustikule vastaja! Mina Kirsi Kivi, Tartu Ülikooli Pärnu Kolledzi neljanda kursuse sotsiaaltöö tudeng viin läbi lõputööd teemal ööpäevaringsel erihooldusteenusel olevate sügava liitpuudega klientide elukohavahetuse protsessi kavandamine. Käesolev küsimustik on osa lõputöö uuringust, mille viin läbi erihoolekandeteenust pakkuvate asutuste töötajate ja asutuse juhatajate seas. Lõputöö tulemusel loodan välja selgitada, milline on nii hooldustöötaja, tegevusjuhendajate kui ka asutuse juhtide nägemus sügava liitpuudega klientide parimaks elukohavahetus protsessi läbiviimiseks. Tulemusi analüüsitakse üldistatult ja konfidentsiaalselt. Olen väga tänulik vastuste eest.

#### **1. Teie sugu**

- Naine  
 Mees

#### **2. Teie vanus:**

#### **3. Millisel ametikohal te hetkel töötate?**

- Asutuse juht  
 Tegevusjuhendaja  
 Sotsiaaltöötaja  
 Hooldustöötaja  
 Muu

Kui muu, siis milline ametikoht?

#### **4. Kui kaua Te olete töötanud erivajadusega inimestega?**

- Alla 1. Aasta  
 1-2 aastat  
 2-5 aastat



**Lisa 1 järg**

- 5-10 aastat  
 10-... aastat

**5. Kas asutuses, kus Te töötate on Teie tööl oleku aja jooksul elama asunud uusi kliente?**

- Jah  
 Ei

**6. Kui asutusse asub elama uus klient, kui oluline on Teie jaoks eelnev informatsioon kliendi käitumisest tema eelmises elukohas?**

- Oluline  
 Ei pea oluliseks  
 Nii ja naa

Põhjenda oma valikut –

**7. Kas Te eelistaksite kliendi kohta informatsiooni paberil või suusõnaliselt isikult, kes on kliendiga eelnevalt kokku puutunud?**

- Kirjalikult paberil  
 Suusõnaliselt otse kliendi saatjalt  
 Nii suusõnaliselt kui kirjalikult

Põhjenda oma valikut –

**8. Kui oluliseks Te peate kliendi eelmiste hooldajate, tegevusjuhendajate, asutuse juhatajaga näost näkku kohtumist ja info vahetamist?**

- Oluline  
 Mitte oluline  
 Nii ja naa

Põhjendage oma valikut

**9. Kui oluliseks Te peate kliendi, tema uude elukohta saabudes, et tal oleks kaasas tuttav hooldaja või muu isik, kes aitab end uude elukohta sisse seada?**

- See on kliendi jaoks oluline  
 See ei ole kliendi jaoks oluline

**Lisa 1 järg**

**10. Kui oluliseks peate, et eelmisest kohast on kliendiga kaasas temale olulised esemed?**

- Jah
- Ei
- Nii ja naa

Põhjenda oma valikut –

**11. Millised esemed võiksid uude elukohta kaasa olla antud tema eelmisest elukohast?**

**12. Kas asutusest, kus Te töötate on Teie tööoleku aja jooksul elukoha vahetuse tõttu lahkunud kliente?**

- Jah
- Ei

**13. Milliseid ettevalmistusi asutuse töötaja (kaasaarvatud Teie) teete kliendi elukohavahetus protsessi ajal? Kirjeldagi protsessi käiku hetkest, mil saab teadlikuks, et klient hakkab vahetama elukohta, kuni hetkeni, mil klient lahkub hooldekodust?**

**14. Kas Te olete koostanud kliendi harjumustest/eripäradest kaaskirja uude elukohta liikumisel?**

- Jah
- Ei

**15. Kas informatsioon, mis Te kliendi kohta kirjutate on...**

- Vabavormis
- Olemas on kindel vorm, kus on soovitatud kirjutada kliendi üldine informatsioon (nt: vanus, arengutase, ravimiskeem, kliendi tervislik seisund, kas kliendil on puudest lähtuvalt vaja kasutada erivahendeid?)
- Olemas on kindel vorm, milles soovitatakse avaldada töötajal arvamust kliendist (lahendused eri situatsioonidele episoodide ajal, kliendi lemmik tegevused, harjumused, kliendi lemmik maiustus, -tegevused või esemed mis kliendi ärritavad jne).

**Lisa 1 järg**

**16. Kas informatsioon, mis kliendiga tema uude elukohta saadetakse, on Teie meelest piisav?**

Jah

Ei

**17. Millise informatsiooni Te arvate olevat oluline, mida Te esitate kliendi kohta, kliendi uutele hooldajatele, tegevusjuhendajatele ja teistele tema uues elukohas?**

**18. Millised esemed on ettenähtud Teie asutuses kaasa minema koos kliendiga kui ta kolib?**

**19. Kas kliendi tegevusvõime/toimetulek jääb elukohavahetus protsessi käigus ja sellele järgnevalt selle protsessi tõttu?**

Samaks

Areneb

Langeb

Põhjndage oma valikut –

**20. Kas Teie arvates on vajalik saata klient tema uude elukohta ja aidata tal ennast seal sisse sättida?**

Jah, on vajalik

Ei ole vajalik

Nii ja naa

**21. Kas sooviksite midagi lisada andtud teema kohta, mida Te olete näinud toimivat või mida oleks vaja muuta kas siis Teie töökohas või mujal?**

**TÄNAN VASTAMAST!**

## Lisa 2. Ööpäevaringset erihooldusteenust pakuvate asutuste andmed

Nr.	Tegevusloa omaja (teenuse osutaja)	Tegevuskoha asukoht	Tegevusala (erihooldekandeteenus)	Maksimaalne isikute arv (Rahastatavate kohtade arv)	Töötaja -te arv	Saatmise viis
1.	AS Hoolekandeteenused Kehra Kodu	Harjumaa	Ööpäevaringne erihooldekandeteenus sügava liitpuudega isikule	20 (20)	6	e-formula
2.	SA Haraka Kodu	Harjumaa	Ööpäevaringne erihooldekandeteenus sügava liitpuudega isikule	12 (11)	13	e-formula
3.	AS Hoolekandeteenused Sinimäe Kodu	Ida-Virumaa	Ööpäevaringne erihooldekandeteenus sügava liitpuudega isikule	10 (10)	14	e-formular
4.	SA Narva-Jõesuu Hooldekodu	Ida-Virumaa	Ööpäevaringne erihooldekandeteenus sügava liitpuudega isikule	8 (7)	4	e-formular
5.	AS Hoolekandeteenused Võisiku Kodu	Jõgevamaa	Ööpäevaringne erihooldekandeteenus sügava liitpuudega isikule	15 (15)	10	e-formula
6.	SA Koeru Hooldekeskus	Järvamaa	Ööpäevaringne erihooldekandeteenus sügava liitpuudega isikule	15 (5)	25	Paberkandjal
7.	AS Hoolekandeteenused Uuemõisa Kodu	Läänemaa	Ööpäevaringne erihooldekandeteenus sügava liitpuudega isikule	11 (11)	7	Paberkandjal
8.	SA Haapsalu Hoolekandekeskus	Läänemaa	Ööpäevaringne erihooldekandeteenus sügava liitpuudega isikule	1 (1)	Ei ole töötajaid	e-formular
9.	MTÜ Läänemaa Psühhosotsiaalse Rehabilitatsiooni keskus	Läänemaa	Ööpäevaringne erihooldekandeteenus sügava liitpuudega isikule	12 (12)	3	Wordi dokument
10.	AS Hoolekandeteenused Imastu Kool-Kodu	Lääne- Virumaa	Ööpäevaringne erihooldekandeteenus sügava liitpuudega isikule	28 (28)	17	Paberkandjal
11.	SA Maarja Küla	Põlvamaa	Ööpäevaringne erihooldekandeteenus sügava liitpuudega isikule	8 (8)	5	e-formula
12.	AS Hoolekandeteenused Vändra Kodu	Pärnumaa	Ööpäevaringne erihooldekandeteenus sügava liitpuudega isikule	10 (10)	7	e-formular
13.	AS Hoolekandeteenused Sõmera Kodu	Saaremaa	Ööpäevaringne erihooldekandeteenus sügava liitpuudega isikule	40 (40)	21	Paberkandjal
14.	Valgamaa Tugikeskus	Valgamaa	Ööpäevaringne erihooldekandeteenus sügava liitpuudega isikule	44 (44)	6	Wordi dokument
15.	Valga Haigla	Valgamaa	Ööpäevaringne erihooldekandeteenus sügava liitpuudega isikule	20 ( )	7	e-formular
16.	AS Hoolekandeteenused Karula Kodu	Viljandimaa	Ööpäevaringne erihooldekandeteenus sügava liitpuudega isikule	78 (78)	16	Paberkandjal

Allikas: Erihoolekandeteenuste osutajate nimekiri (Erihoolekandete... 2014). (Autori poolt kohandatud)

## **SUMMARY**

### **PLANNING THE PROCESS OF CHANGING HOME FOR THE CLIENTS WHO ARE IN SPECIAL CARE SERVICE FOR 24-HOUR CARETAKING pport**

Kirsi Kivi

Since re-establishing of Estonia's independence, the special care system of our state has considerably improved thanks to the expertise and experience of the developed countries whose welfare system has served as an example for Estonia which has also adopted the policy of normalisation offering mentally or physically handicapped people patterns, conditions, and experiences of everyday life as close as possible to those of non-handicapped people, by not segregating them physically, socially, and administratively from the rest of society. Normalisation has been followed by deinstitutionalisation, which means that persons needing special care are offered welfare services closer to the community; patients are brought out of the isolation of big institutions and they are provided the same amenities as non-handicapped people. These developments make it possible for people with special needs to experience a normal daily, weekly or yearly rhythm of everyday life.

The present thesis is focused on planning of the process of changing home for the clients who are in special care service for 24-hour caretaking, with the aim of making the procedure more effective both for the persons needing care as well as for the personnel of social care institutions seeking to prevent/avoid adaptation problems and behavioural disorders that the process of residence change can trigger in patients.

Theoretical chapters provide an overview of the special care services available in Estonia. Theoretical background also includes a profile of the persons needing these services, with a focus on multiple disability patients and their potential adaptation problems.

The thesis includes an empirical study that was conducted by means of quantitative research methods as a survey conducted among the staff members of 24-hour special care institutions working with profound multiple disability patients. The research sample consisted of 78 people who expressed their opinion about the effectiveness of the removal of patients from their homes to institutions as well as in case of their moving out of the institution.

The author posed the following research questions:

- Are there any patients who have moved into or out of the institution during the period they have worked for the institution?
- What actions and procedures do the staff members consider useful and necessary for making the process of home changing for the patients as comfortable as possible; what are the formal actions and procedures at the institutions where they work?
- What is the opinion of the staff members about the role and importance of the formal documentation?
- What are the formal procedures and regulations for document completion and management in their institutions?
- What is the attitude of the staff to the caretaker/support person of the arriving new patient? Does their institution provide a caretaker or attendant for taking a person to a new place of residence?

On the basis of theoretical materials and research results, the author of the thesis has come to a conclusion that depending on an institution, the procedure of changing the place of residence /removal of patients is unprepared in one of the institutions (the sending or receiving one), or if it is prepared in one of the institutions, it is made useless if the other institution has completely different requirements and regulations. The author would like to turn to the Ministry of Social Affairs with a request to prepare common

guidelines regulating the procedures of changing a patient's place of residence for all the institutions.

The research analysis also indicates that irrespective of their developmental potential or level of disability, persons needing special care should be able to see their new place of residence in the beginning. At removal, they should be accompanied by their support person who can alleviate the stress caused by the change of home and will support the patient, as well as deliver information about the patient to the staff of the new home.

A list of the property and valuables of the patient (both from the earlier years and those obtained during their stay at a certain institution) has to be compiled. The list has to include the things that serve as keepsakes or comforters for the person concerned. When making the list and packing the belongings of patients, the staff has to take into consideration the wishes of the people/clients themselves as well, in case they are capable of understanding the process of changing/moving homes.

The theme of the present thesis needs to be studied further due to the constant topicality of the issue of moving people from one institution to another. The modern welfare service is developing fast enabling us to ensure, in view of their legitimate expectations that the clients who are in special care for 24 hours with reinforced support, get the high-quality service that they deserve.

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

Mina, **Kirsi Kivi** (12.11.1981),

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Ööpäevaringse hooldusvajadusega klientide elukohavahetuse protsessi kavandamine“, 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, **21.05.2014**.