

TARTU ÜLIKOOL
Pärnu kolledž
Sotsiaaltöö korralduse osakond

Simone-Melissa Õispuu

**ERIHOOLEKANDETEENUSTE KVALITEET
AS HOOLEKANDETEENUSED TÕRVA KODU
JA VALGA JAAMA KODU NÄITEL**

Lõputöö

Juhendaja: Liina Käär, MA

Pärnu 2024

Soovitan suunata kaitsmisele

(allkirjastatud digitaalselt)

Liina Käär

Kaitsmisele lubatud

TÜ Pärnu kolledži programmijuht

(allkirjastatud digitaalselt)

Monika Kumm

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

(allkirjastatud digitaalselt)

Simone-Melissa Õispuu

SISUKORD

Sissejuhatus	4
1. Teoreetiline ülevaade erihoolekandest ja selle kvaliteedist.....	7
1.1. Ülevaade psüühilisest erivajadusest ning sellega seotud abivajadusest.....	7
1.2. Erihoolekandeteenuste korraldus ja arengusuunad	9
1.3. Erihoolekandeteenuste kvaliteet ja efektiivsus	12
2. Uuring erihoolekandeteenuste kvaliteedist lähtudes teenuse klientide abivajadusest	16
2.1. AS Hoolekandeteenused tutvustus	16
2.2. Uurimismetoodika.....	18
2.3. Uurimistulemuste analüüs	21
2.3.1. Hindamis- ja suunamisprotsess erihoolekandeteenustele ja teenust saama õigustatud isikud	21
2.3.2. Teenuste kvaliteet ja klientide sobivus teenustele.....	23
2.3.3. Erihoolekande areng ja peamised väljakutsed	26
2.4. Arutelu ja järeldused	29
Kokkuvõte	33
Viidatud allikad	35
Lisa 1. Ekspertintervjuu küsimused Sotsiaalkindlustusameti konsultantide tiimijuhile	41
Lisa 2. Fookusgrupi intervjuu küsimused Sotsiaalkindlustusameti teenuste konsultantidele	42
Lisa 3. Fookusgrupi intervjuu küsimused Tõrva Kodu ja Valga Jaama Kodu tegevusjuhendajatele	43
Lisa 3 järg.....	44
Summary	45

SISSEJUHATUS

Vaimset tervist käsitletakse kui positiivset mõju, mida iseloomustavad kontroll ümbritseva üle ning heaolutunne (Galderisi *et al.*, 2017, lk 408). Vaimne tervis ja heaolu on olulised inimese igas eluetapis, mis sõltuvad erinevatel ajahetkedel sotsiaalsetest, psühholoogilistest ja bioloogilistest teguritest (Laidra, 2016, lk 71). Negatiivne vaimne tervis haarab endas erinevaid vaimse tervise probleeme, sealhulgas ka psüühikahäireid (Sotsiaalministeerium, 2020, lk 3).

Psüühikahäire võib olla laia tähendusega – märk psüühikahäirest võib olla olukord, kus inimene arvab, et keegi loeb tema mõtteid, või hirm sotsiaalsete olukordade ees, mis sunnivad inimest end isoleerima, mille tõttu kaasneb kurbus ja üksindus või olukord, kus inimene pöördub psühhiaatri poole oma alkoholiprobleemide tõttu (Borsboom, 2017, lk 5). Psüühikahäiretega inimeste elu mõjutab suuresti nende endi arvamus, et neil puudub kontroll oma elu üle ja tunne, et nad ei saa oma eluga iseseisvalt hakkama (Rebbas & Narusson, 2020, lk 49–51).

Eestis elas 2023. aasta neljanda kvartali seisuga 24446 psüühikahäiretega inimest, kellest 3411 olid alaealised, 16627 tööealised ning 4408 eakad (Sotsiaalkindlustusamet, 2023). Tuues võrdluseks Soome, selgub, et naaberriigi üheks suurimaks töövõimetuspensionile jäämise põhjuseks on just psüühikahäire diagnoosi saamine. Soomes on ligikaudu 101 000 psüühikahäirega inimest, kes on jäänud töövõimetuspensionile oma diagnoosi tõttu. (Karolaakso *et al.*, 2024, lk 631)

Psüühikahäiretega täisealistele inimestele on ette nähtud erihoolekandeteenused, mida rahastatakse Sotsiaalkindlustusameti kaudu (Civitta, 2021, lk 4). 2018. aastal Puuetega Inimeste Koja poolt koostatud raportis toodi välja tõsiasi, et nõudlus erihoolekandeteenuste järgi on kõrgem kui pakkumine, mis omakorda viitab teenuste halvale kättesaadavusele. Välja toodi ka paindlike teenuste puudumine, mis arvestaks inimese ja tema perekonna vajadustega. (Eesti Puuetega Inimeste Koda, 2018, lk 73–74)

Civitta (2021 lk 52–53) poolt läbi viidud uuringus toodi välja, et tänased erihoolekandeteenused on alarahastatud, mistõttu ei suuda erihoolekandeteenus pakkuda teenuse saajale piisavalt vajaminevat abi. Täiendavalt tõdeti, et mõningatel juhtudel toetatakse suurema abivajadusega inimesi väiksema abivajadusega inimeste arvelt.

Heaolu arengukavas 2023–2030 on välja toodud, et üheks väljakutseks ja murekohaks on killustunud süsteem erinevate valdkondade vahel, näiteks riigi ja kohaliku omavalitsuse vahel. Seetõttu jääb abivajaduse hindamine ja abi korraldamine poolikuks, kuna rollide jaotus on ebaselge. Lisaks on välja toodud ka valdkonna ebapiisav rahastamine, mille tõttu võivad abi vajavad inimesed teenuste hinna tõttu vaesusrisiki sattuda. Arengukavas on kirjeldatud, et parandada oleks vaja süsteemi selliselt, kus hinnatakse inimese terviklikku abivajadust, peale mida inimene õigetele teenustele edasi suunatakse. (Sotsiaalministeerium, 2023a, lk 21–22)

Epro (2018, lk 77) tõi välja, et kuigi Sotsiaalkindlustusameti juhtumikorraldajad hindavad vastavalt inimese olukorrale nende toetusvajadust, võib olla keeruline määrata inimese abivajadusele vastavat teenust kliendile arusaamatuks jäädavate küsimuste tõttu, mida esitatakse vastavalt hindamisjuhendile. Preimann (2024, lk 10) toob välja murekohana 2022. aastal selgunud tõsiasja, kus kohtumääruse alusel pakutava ööpäevaringse erihooldusteenuse järjekorrad muutusid pikemaks ja teenuse vajadusega inimestele polnud võimalik sellele konkreetsele erihooldusteenusele kohta pakkuda.

Deinstitutionaliseerimise käigus juurde tekkivate teenuspakkujate arv ei kindlusta piisavat teenuspakkujate olemasolu abivajajatele. Vähene teenuspakkujate olemasolu või kõrge teenuse hind võib jätta abivajaja abita ning inimese olukorda halvendada ja hooldusvajadust suurendada. (Aaben *et al.*, 2017, lk 9) Suuresti mängib rolli ka uute teenuskohtade asukoht, erinevates piirkondades olevad üksused võivad erineda oma kättesaadavuse ja kvaliteedi poolest (Aaben *et al.*, 2017, lk 29).

Lähtuvalt eelpool väljatoodust on peamiseks uurimisprobleemiks erihoolekandeteenuste halb kättesaadavus ning tervikliku abivajaduse ebaselge hindamine, mille tõttu ei pruugita abivajajaid suunata neile sobilikele teenustele.

Lõputöö eesmärgiks on analüüsida erihoolekandeteenuste kvaliteeti ning teenuste sobivust teenusele suunatud isikutele ning saadud uurimistöö tulemustele toetudes teha ettepanekuid Sotsiaalkindlustusametile psüühilise erivajadusega inimeste teenustele suunamise süsteemi parendamiseks.

Töö eesmärgist lähtudes on autor sõnastanud kaks uurimisküsimust:

1. Kuidas hindavad erihoolekande kvaliteeti AS Hoolekandeteenused tegevusjuhendajad?
2. Milline näeb välja erihoolekandeteenustele suunamise protsess taotluse esitamisest teenuskohta jõudmiseni?

Käesolev lõputöö annab esimeses osas teoreetilise ülevaate erihoolekandeteenustest ja nende kvaliteedist. Esimene alapeatükk annab ülevaate psüühilisest erivajadusest ning sellega seotud abivajadusest, teises alapeatükis tutvustab autor erihoolekandeteenuste korraldust ja arengusuundasid erihoolekandes ning viimases, kolmandas alapeatükis tutvustatakse erihoolekandeteenuste kvaliteeti ja efektiivsust.

Töö teises osas tutvustatakse ettevõtet AS Hoolekandeteenused, antakse ülevaade töös kasutatavast uurimismetoodikast ja tuuakse välja uurimistulemused ning analüüsitakse neid. Lõpuks analüüsitakse kogutud informatsioonis ning tehakse ettepanekud Sotsiaalkindlustusametile.

1. TEOREETILINE ÜLEVAADE ERIHOOLEKANDEST JA SELLE KVALITEEDIST

1.1. Ülevaade psüühilisest erivajadusest ning sellega seotud abivajadusest

Vaimne tervis on oluline osa inimese igapäevaelus, nii nagu iga muu tervisega seotud mure vajab lahendust, nii vajab vaimne tervis suurt toetust ja tuge ning vajadusel ka sekkumist. Psüühikahäired on oluline ja mitmekülgne teema, see hõlmab psüühilisi erivajadusi alates vaimsest alaarengust kuni skisofreeniani.

Vaimse tervise roheline raamat toob välja, et vaimse tervise saab jagada kaheks – positiivne vaimne tervis, mis käsitleb inimese vaimset heaolu ja kohanemist ümbritseva keskkonnaga ning negatiivne vaimne tervis, mis hõlmab psüühikahäireid ning nende kaasnevat abivajaduse toetamist toimetuleku- ja ravivõimaluste näol (Sotsiaalministeerium, 2020, lk 3).

Vaimse tervise häirete alla kuuluvad ärevushäired, skisofreenia, erinevate narkootiliste või alkohoolsete ainete liigsest tarvitamisest tingitud häired (Freeman *et al.*, 2017, lk 2393), suitsiidsus, vaimne kurnatus ning vanemate inimeste puhul ka mäluprobleemid ja unehäired (Konstabel *et al.*, 2022, lk 42). Psüühikahäired võivad tekkida ajukahjustuse tõttu (Bruguiere *et al.*, 2023, lk 107) mis on tingitud alkoholi kuritarvitamisest (Jakobson, 2022, lk 579) või erinevate psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest (Tervise Arengu Instituut, 2016, lk 12). Üheks põhiliseks psüühikahäirete diagnoosiks on skisofreenia, mida iseloomustavad psühhoatilised, negatiivsed ja kognitiivsed häired, mis mõjuvad tugevalt enesehooldusvõimele ja iseseisvale eluviisile – korduvad psühhoatilised sümptomid nõuavad ajutist haiglaravi (Mueser *et al.*, 2013, lk 466).

Tervise Arengu Instituudi poolt läbi viidud uuringus (Konstabel *et al.*, 2022, lk 20) on välja toodud, et eestlaste seas enamlevinud vaimse tervise häireteks on depressioon ning ärevushäired, lisaks kuuluvad enamlevinud häirete hulka ka stressireaktsioonid, kohanemishäired, somatoformsed häired, alkoholi liigtarvitamisest tingitud psüühika ja käitumishäired ning unehäired. Arvatakse, et psüühikahäiretega kaasnevale depressiivsusele aitavad kaasa ka erinevad aastaajad, näiteks sügis ja talv on tuntud oma pimedate päevade poolest, mis võivad omakorda süvendada juba niigi depressiivsete inimeste meeleolu ja tuua endaga kaasa kurbuse, ärrituvuse, motivatsiooni puuduse, ärevuse, negativismi, suitsiidimõtted ja lootusetuse (Sinisalu, 2019, lk 672).

Köpp & Maron (2023, lk 528) on oma artiklis välja toonud, et psüühikahäirete diagnoosimisel ja ravi määramisel keskendutakse rohkem haigusele ja sümptomitele kui inimesele endale. Artikli autorid kirjutavad, et psüühikahäiretega inimestele suunatud ravis peaks keskenduma põhimõtetele, et psüühikahäirele suunatud ravi määramisel tuleks keskenduda inimesele terviklikult, ravi peaks olema rajatud inimese vajadustele ja eelistustele ning olema patsiendikeskne.

Psüühilise erivajadusega inimesed seisavad tihti silmitsi neisse negatiivse suhtumisega nende erivajaduse tõttu, mis võib endaga kaasa tuua abi ja ravivõimaluste otsimise edasi lükkamise, mille tõttu nende vaimne tervis veelgi enam kannatab ning võib kaasa tuua veel raskemaid vaimse tervise häireid (Clement *et al.*, 2015, lk 12). Selline vaimse tervise stigma takistab inimestel ravi saamist ning ilma vajaliku ravita toob see endaga kaasa veel suuremad häired, mis võivad mõjutada inimese elukvaliteeti, sotsiaalset, emotsionaalset ja kognitiivset toimimist (Acosta *et al.*, 2014, lk 3).

Psüühikahäiretega inimesed võivad sattuda ühiskonna kriitika ohvriks, selliseid olukordi leidub ka siis, kui nad on lapsevanemad. Ühiskonnas on levinud aramus, et psüühikahäiretega inimesed ei tule toime lapsevanemaks olemisega. Psüühikahäiretega inimesed on tundnud ka erialaspetsialistide poolset süüdistamist ning ähvardamist, mis veelgi enam psüühilise erivajadusega inimesi abi saamise osas ettevaatlikumaks ja passiivsemaks muudab. (Jürgensoo, 2020, lk 64)

Olenevalt diagnoositud psüühikahäirest võib sellega kaasnev käitumine saada takistuseks tööelus osalemisel. Diagnoosiga kaasas käivad käitumisprobleemid võivad väljenduda

kokkulepitud käitumisnormide rikkumisena, vastutustundetu käitumise esinemisena, valetamisena ja meeskonnatöös vastutöötamisena. (Veldre *et al.*, 2015, lk 30) Kui füüsilise puudega inimeste tööle võtmine tundub teostatav, siis psüühilise erivajadusega inimeste tööle võtmine on seatud kahtluse alla. Väidetavalt ei ole töötamise võimalused piisavalt paindlikud ning tööandjad seavad kahtluse alla psüühilise erivajadusega inimeste usaldusväarsuse ja vastupidavuse. (Bugarzski *et al.*, 2016, lk 27)

Psüühiline erivajadus viitab inimeste vaimse tervise raskustele, mis võivad kaasa tuua erinevaid probleeme igapäevaelus ning luua vajaduse kõrvalise abi ja teenuste järele. Psüühikahäiretega seotud raskuste leevendamiseks ja toetamiseks pakutakse erihoolekandeteenused.

1.2. Erihoolekandeteenuste korraldus ja arengusuunad

Erihoolekandeteenused on oluline osa riigi poolt pakutavatest teenustest. Selleks, et muuta ja arendada erihoolekandeteenuseid nii, et teenusesaajad teenusest parimat maksimaalset kasu saaks, on läbi viidud erinevaid muudatusi ja arendusi nii seadusandluses kui teenuse pakujate töös.

Erihoolekandeteenused kuuluvad riigi poolt osutatavate teenuste hulka ning sotsiaalhoolekande seaduse (2015) kohaselt osutatakse Eestis järgmisi erihoolekandeteenuseid:

- Igapäevaelu toetamise teenus
- Töötamise toetamise teenus
- Toetatud elamise teenus
- Kogukonnas elamise teenus
- Ööpäevaringne erihooldusteenus

Sotsiaalhoolekande seaduse (2015) § 76 kohaselt on erihoolekandeteenustele saamise eelduseks Sotsiaalkindlustusameti poolt tehtud otsus, mis suunab inimese erihoolekandeteenuseid saama. § 70 ja § 71 järgi suunab Sotsiaalkindlustusamet isiku suunamisotsuse alusel erihoolekandeteenusele, välja arvatud juhul, kui isikule on määratud kohtu poolt ööpäevaringne erihooldusteenus. Selleks, et erihoolekandeteenust saada, on isik kohustatud esitama Sotsiaalkindlustusametile taotluse koos vajalike

dokumentidega. § 76 kohaselt on teenusele suunatud isikul kohustus asuda teenust saama ühe kuu jooksul suunamise otsuse tegemisest, kui riigieelarves on olemas rahalised vahendid isikule teenuse osutamiseks ning teenusosutajal on olemas vaba koht, mida teenuse saajale pakkuda. Erihoolekandeteenuste järjekorda saamiseks peab isik olema vähemalt 16-aastane ning tal peab olema toetusvajaduse hindamisel tuvastatud erihoolekandeteenuste vajadus.

Erihoolekandeteenuste parendamiseks hakati aastal 2007 Eestis ellu viima deinstitutionaliseerimise esimest etappi (Bugarszki *et al.*, 2016, lk 2), et erihoolekandetasutuste reorganiseerimise seaduse (2015) § 2 kohaselt tagada psüühilise erivajadusega inimestele paremad elamis-, õppimis- ja töötamistingimused. Deinstitutionaliseerimise raames toetatakse ööpäevaringse erihooldusteenuse osutajate teenusüksustes ümberkorraldamist ja uue taristu loomist kogukondade keskele (Sotsiaalministeerium, 2024, lk 13–14). Erihoolekandetasutuste reorganiseerimise käigus loodi uued või renoveeriti vanad korterelamu sarnased teenusüksused kogukondades, kus ühes hoones pakutakse teenust kuni 30-le inimesele (Atonen, 2016, lk 24). Teenusüksuses olevad korterid on omakorda jaotatud 10-liikmelisteks väiksemateks peresarnasteks ja vajaduspõhisteks gruppideks, mis on eraldi majapidamisega ning turvalise ja arenguks soodsa keskkonna ja elukorraldusega (Atonen, 2016, lk 24).

Kuigi deinstitutionaliseerimise eelduseks oli kaasata erivajadusega inimesi kogukonda, on murekohana välja toodud, et erivajadusega inimeste kaasamine jääb siiski ebapiisavaks. Samas uuringus on välja toodud, et kuigi teenused on kogukonnapõhised, ei ole need siiski kogukonnaga seotud, vaid teenuste süsteem justkui loob uut kogukonnast eraldamist, kuna teenindatakse erinevaid sihtrühmasid, pakkudes neile eraldi pindasid töötamiseks näiteks päevakeskustes, mis asuvad küll kogukondades, kuid siiski ei too endaga kaasa kogukonda sulandumist, vaid pigem sellest eraldumist. (Bugarszki *et al.*, 2016, lk 23)

Atonen (2016, lk 23) toob välja ka, et psüühilise erivajadusega inimeste kogukondadest välja tõrjumine ja nende elukohtade asulavälistele pindadele ehitamine ei aita kaasa erivajadusega inimeste kaasamisele kogukonda ning selle tõttu on oluline erihoolekandeteenused ümber kujundada kogukondlikuks reorganiseerimise näol. Kuna deinstitutionaliseerimise põhimõtteks on kolida psüühilise erivajadusega inimesed

institutsionaalselt hoolduselt kogukonnapõhistesse väiksematesse teenusüksustesse (Tsuiman, 2016, lk 21), on murekohana välja toodud, et ainuüksi peremajade ehitamine kogukonna keskele ei aita psüühilise erivajadusega inimestele paremat teenust tagada (Atonen, 2016, lk 23).

Kuna erihoolekandeteenuseid peetakse riigi kohustuseks, kasutavad kohalikud omavalitsused ära riiklikke erihoolekandeteenuseid keeruliste probleemidega inimestest vabanemiseks. Selle tulemusena on ööpäevaringsetel erihoolekandeteenustel palju selliseid inimesi, kes tuleksid toime väiksema toetusega oma elukeskkonnas. Mõningatel juhtudel on ööpäevaringse toetusega teenustele saatmise põhjuseks eluaseme puudus, millest võib järeldada kohalike omavalitsuste poolset töökohustuste mittetäitmist. (Trinidad Wiseman, 2017, lk 17)

2022. aastal tehtud analüüsis selgus, et pakkumaks kvaliteetset teenust erihoolekandeteenustel elavatele klientidele, oleks vaja panustada riigieelarvest raha, et suurendada ööpäevaringse teenuse saajatega tööd tegevate spetsialistide arvu. Selline lisapersonali leidmine ja rahastamine aitaks kaasa erihoolekandele viibivate teenusesaajate iseseisva toimetuleku toetamisele. (Preimann, 2024, lk 11) Kuigi erihoolekandeteenused on riigi poolt pakutav teenus, on tehtud juba ettepanekuid erihoolekandeteenuste üle andmise kohta kohalikele omavalitsustele ning seda eeldusel, et teenuse korraldus ja rakendamine oleksid tõhusad (PricewaterhouseCoopers Advisors, 2021, lk 24).

Aastatel 2016–2017 töötati välja isikukeskne teenusmudel psüühikahäiretega inimestele abimeetmete pakkumiseks, mille aluseks võeti teenuste disaini meetoodika. Väljatöötatud mudeli kohaselt vastutaks edaspidi erihoolekandeteenuste sisuliste tegevuste ning korralduse ja kättesaadavuse eest kohalik omavalitsus. (Tsuiman, 2018, lk 33) Teenuste kasutamise ja rahastamise muutmiseks ning inimestele ja nende pereliikmetele rohkemate valikuvõimaluste andmiseks loodud isikukeskne erihoolekande süsteem võimaldab vastavalt inimese hinnatud toetusvajaduse tasemele valida teenuseid komponentide kaupa, sealjuures on hinnakujundus kulupõhine (Sotsiaalministeerium, 2024, lk 5).

Väljatöötatud isikukeskse erihoolekande teenusmudeli raames pakutakse toetust psüühikahäiretega inimestele seitsmes eluvaldkonnas: sotsiaalsed suhted; vaimne tervis; füüsiline tervis; hõivatus; vaba aeg ja huvitegevus; eluase ning igapäevaeluga toimetulek,

kus erinevate süsteemide poolt pakutavad tegevused on ühendatud ühtseks terviklikuks teenuseks (Civitta, 2021, lk 15). Inimese toetusvajadust igas eluvaldkonnas hinnatakse nelja palli skaalal (Purge *et.al.*, 2023, lk 20).

Nii erinevad töösse võetud projektid kui ka muudatused, nagu deinstitutionaliseerimine ja isikukeskse teenusmudeli rakendamine, võimaldavad psüühilise erivajadusega inimestele pakkuda teenust vastavalt nende vajadustele ning tuleviku vaates aitavad kaasa ka nende rahalisele võimekusele. Siiani võib üheks probleemiks tuua kogukondade suhtumise psüühikahäiretega inimestesse, mille tõttu ei pruugita erivajadusega inimesi piisavalt kaasata kogukondadesse.

1.3. Erihoolekandeteenuste kvaliteet ja efektiivsus

Erihoolekandeteenuste kvaliteet on oluline, et tagada teenusesaajate heaolu ja iseseisvus ning tagada turvaline ja inimväärne keskkond. Kuigi teenuste kättesaadavus on oluline aspekt, on see sageli piiratud ning vajab lisainvesteeringuid, et tagada võimalikult kvaliteetne teenus, mis tooks endaga kaasa teenuse üldise efektiivsuse.

Kvaliteetne sotsiaalteenus seisneb selles, et pakkuda inimesele parimat võimalikku teenust nende toimetuleku toetamiseks ja parandamiseks. Kvaliteetne teenus aitab suurendada teenusesaaja heaolu, mis omakorda aitab suurendada inimese iseseisvust. Kuigi kvaliteetne teenus on inimesele suureks abiks taastumisel, on siiski kvaliteetsel teenusel ka murekoht – raha. Viimase kümnendi jooksul on kogu Euroopas rahalised piirangud varjutanud sotsiaalteenuste poliitilist poolt ja praktikat. Teenusesaajate vaates on peetud teenuste kvaliteeti sama oluliseks nagu teenuste kättesaadavust. (European Social Network, 2020, lk 4)

Eestis pakutavate erihoolekandeteenuste jaoks on eraldi välja töötatud kvaliteedijuhis, mis koosneb seitsmest erinevast kvaliteedipõhimõttest. Selles on välja toodud, et pakkumaks inimesele kõige sobivamat ja kvaliteetsemat teenust, on eelnevalt vaja kogu võrgustikuga teha koostööd, et määrata parim teenuskoht, teenusosutaja ja rahastamise võimalus. (Sotsiaalkindlustusamet, 2018, lk 2)

Alates aastast 2018 hakkasid kehtima sotsiaalteenuste osutamisel kvaliteedi põhimõtted, millest tuleb teenuseid osutades lähtuda. Kvaliteedipõhimõtteid on kokku seitse:

1. Kättesaadavus ja taskukohasus;
2. Teenuse osutamise keskkond;
3. Inimesekeskne, vajaduspõhine ja terviklik lähenemine;
4. Teenuse võimestav iseloom, kaasamine ja inimese õigused;
5. Tulemustele orienteeritus;
6. Töötajate pädevus ja eetika;
7. Organisatsiooni juhtimine ja hea töökorraldus (Sotsiaalkindlustusamet, 2018, lk 2–18).

Tsuiman ja Rägastik (2019, lk 33–34) on uuringus selgitanud neid kvaliteedipõhimõtteid järgmiselt: kvaliteetne erihoolekandeteenus on isikukeskne ja võimestava iseloomuga, ehk teenuse tegevused on vastavuses isiku vajadustega ja tegevused suurendavad või säilitavad inimese elukorralduses iseseisvust. Erihoolekandeteenused on tulemustele orienteeritud ja vajaduspõhised ning terviklikud, mis tähendab, et teenusesaaja tegevuste tulemusi saab hinnata ja kui tekib vajadus teiste teenuste järele, on inimesel võimalus vahetada teenuseosutajat. Viimaks kaitseb kvaliteetne erihoolekandeteenus inimese õigusi, tagamaks inimesele info erinevate võimaluste kohta

2023. aastal kehtima hakanud Heaolu Arengukava toob välja murekoha, et praegune hoolekandetasutuste struktuur on vananenud ja inimestele, kellel on suurem toetusvajadus, puuduvad piisavad teenuskohad (Sotsiaalministeerium, 2023, lk 21). Uuringute käigus on selgunud, et ainult väike osa Euroopa Liidu riikidest on andnud täieliku kättesaadavuse vaimse tervise teenustele, kuid enamikes riikides jääb selline võimalus kättesaamatuks inimestele, kes ei oma kodakondsust ega ole riigi kodanikud, küll aga viibivad riigi territooriumil (Samartzis & Talias, 2020, lk 6).

Deinstitutionaliseerimise käigus ära kaotatud suured institutsioonid tõid endaga kaasa paljude väiksemate teenusüksuste loomise. Kuna uusi teenusüksuseid loodi palju, tõi see endaga kaasa ka suurema koormuse teenusepakkujatele ning selle tõttu kvaliteediga seonduvate probleemide tekkimise võimaluse. Rohke teenusüksuste arvu tõttu on kvaliteedikontroll ressursimahukam ja keerulisem. (Aaben *et al.*, 2017, lk 9)

Teenuste mõju peale deinstitutionaliseerimist saab mõõta kahes dimensioonis, esiteks, kuidas on inimese seisund paranenud, mis annab ülevaate sellest, kui hea on teenuse

kvaliteet ja teiseks, kuidas on teenuste korraldus paranenud, mis viitab kvaliteetsese süsteemile (Aaben *et al.*, 2017, lk 18).

Maailmas on vaimse tervise tervishoiuteenuste kvaliteedi mõõtmise standardid aeglaselt arenemas. Rutiinne kvaliteedi mõõtmine võimaldab kvaliteedi parandamist teenuseosutaja tasandil, küll aga on kvaliteedi mõõtmine üle maailma keeruline, kuna iga riik erineb oma teenuse korralduse poolest. (Kilbourne *et al.*, 2018, lk 31) Üheks peamiseks kvaliteedinäitajaks vaimse tervise teenustel on ootejärjekord ja teenusele saamise juurdepääsetavus (Μπουραζάνα *et al.*, 2021, lk 123). Selle raames on Maailma Terviseorganisatsioon (World Health Organization, 2022, lk 10) ette andnud vaimse tervise parandamise kogukonna juhendi, milles käsitletakse võimalusi vaimse tervise teenuste kättesaadavuse parandamiseks.

Eesti erihoolekande kvaliteedi hindamise aluseks on WHO Quality Rights metoodika, mille eesmärgiks on toetada riike kvaliteedi, inimõiguste ja vaimse tervise hindamisel asutustes (World Health Organization, 2012, lk 3). WHO Quality Rights metoodika alusel hinnatakse teenuste kvaliteeti erinevate dokumentide alusel ning viiakse läbi vaatlusi ja intervjuusid (Tsuiman, 2020, lk 83).

WHO Quality Rights metoodika kohaselt on kvaliteedi hindamise valdkondadeks:

- Õigus inimväärsele elustandardile;
- Õigus parimale füüsilise ja vaimse tervise teenustele;
- Õigus rakendada õigus- ja teovõimet ning õigus vabadusele, isikupuutumatussele ja turvalisusele;
- Vabadus vägivaldast ja väärkohtlemisest;
- Õigus tegeleda iseseisvalt ja kuuluda kogukonda (World Health Organization, 2012, lk 19)

Tsuiman (2020, lk 84) on lahti selgitanud WHO Quality Rights metoodika eluvaldkonnad. Asutus ja selle personal pakuvad sõbralikku ning mugavat keskkonda, et toetada inimeste aktiivset osalemist ja kaasatust, sealhulgas antakse võimalus inimesele osaleda kogukonnas ning lastakse teenusesaajatel kasutada oma teovõimet. Eelduseks on kvalifitseeritud personal, kes on võimeline pakkuma kvaliteetseid vaimse tervise teenuseid.

2023–2030 heaolu arengukavas (Sotsiaalministeerium, 2023, lk 21) on välja toodud, et hoolekande efektiivsuse murekohtadeks on abivajaduse hindamise killustumine erinevate valdkondade ja haldustasandite vahel; info liikumise takistused; valdkonna ebapiisav rahastus, mille tõttu on omaosalus paljudele inimestele üle jõu käiv; kvalifitseeritud tööjõu ebapiisavus ning vähene teenuskohtade olemasolu. Sama arengukava kohaselt oleks vaja efektiivsuse ja kvaliteedi tagamiseks parandada riigi ja kohalike omavalitsuste omavahelist infoliikumist; investeerida infrastruktuuri, et kaasajastada hoolekandetasutusi, pakkumaks teenuseid ka keerulisema hooldusvajadusega inimestele; pakkuda hoolekandeteenuseid tihedas koostöös terviseteenuste ja kogukondlike teenustega, mis toetavad inimeste iseseisvat toimetulekut ning turvalisust; arendada toetavaid teenuseid, parandamaks inimeste iseseisvat toimetulekut (Sotsiaalministeerium, 2023, lk 23).

Teenuste kvaliteet ei ole oluline ainult teenuse pakkujale, vaid on oluline ka teenuse saaja vaatekohast. Erihoolekandeteenuste pakkumisel Eestis on oluline järgida kehtestatud kvaliteedijuhiseid, mis tagavad teenust saavatele inimestele kvaliteetsed teenused ja efektiivsed tulemused.

2. UURING ERIHOOLEKANDETEENUSTE KVALITEEDIST LÄHTUDES TEENUSE KLIENTIDE ABIVAJADUSEST

2.1. AS Hoolekandeteenused tutvustus

Psüühilise erivajadusega inimeste toimetuleku säilitamiseks ning iseseisvuse toetamiseks ette nähtud erihoolekandeteenused, mida pakuvad erinevad asutused üle Eesti, muuhulgas ka AS Hoolekandeteenused, kelle kodusarnased üksused asuvad paljudes Eesti maakondades.

AS Hoolekandeteenused põhitegevusalaks on pakkuda psüühikahäiretega täiskasvanutele hoolekandeteenuseid. Ettevõtte on riigile kuuluv äriühing, mis pakub teenuseid rohkem kui 1700-le psüühikahäirega täiskasvanule ning tegutseb peaaegu kõikides Eesti maakondades. (AS Hoolekandeteenused, s. a.-a)

Ettevõtte osutab igapäevaelu toetamise teenust nädala- ja päevahoiuna; igapäevaelu toetamise teenust; kogukonnas elamise teenust; ööpäevaringset erihooldusteenust; ööpäevaringset erihooldusteenust äärmusliku abi- ja toetusvajadusega inimestele; ööpäevaringset erihoolekandeteenust autismispektrihäiretega inimestele ja ööpäevaringset erihooldusteenust kohtumääruse alusel (AS Hoolekandeteenused, s. a.-e). Ettevõtte põhiliseks missiooniks on aidata psüühilise erivajadusega inimestel vabaneda kliendistaatusest ning aidata neil saada kodanikeks. 2028. aastaks soovib ettevõtte oma missiooni kohaselt olla üle-eestilise haardega erihoolekandeteenuste osutaja. (AS Hoolekandeteenused, s. a.-b). Selleks, et ettevõtte klientidest kodanikud saaksid, lähtutakse üksustes taastumispõhimõtetest, mille kohaselt võetakse kõik klienti puudutavad otsused vastu koos kliendi endaga, tagatakse klientidele tervisetugi ning erinevate taastumiseks vajalike programmide kättesaadavus ja võimaldatakse klientidele võimalikult tavapärane elu kogukonnas (AS Hoolekandeteenused, s. a.-b).

Teenusele suunatakse kliendid Sotsiaalkindlustusameti suunamisotsuse alusel, mõningatel juhtudel kolitakse klient teisest teenusüksusest näiteks perekonnale või eestkostetasutusele lähemale. Üksuste vaheline kolimine oli tihedam reorganiseerimise projekti ajal, kui kliendid suurtest hooldekodudest väiksematesse üksustesse koliti, peale reorganiseerimise lõppu kolitakse kliente pigem teenuseväliselt, näiteks psühhiaatriaigla kinnisest osakonnast või kergemalt/raskemalt teenuselt ööpäevaringsele erihooldusteenusele. (E-A. Sööt, suuline vestlus, 18.03.2024) Ettevõtte pakub tööd ligikaudu 900-le inimesele, kellest 85% moodustavad tegevusjuhendajad (AS Hoolekandeteenused, s. a.-c). Tegevusjuhendajaks on spetsialist, kelle eesmärgiks on juhendada psüühilise erivajadusega inimesi, parandamaks nende sotsiaalseid oskusi ja toimetulekuvõimet ning tagada vajalik kõrvalabi (Klaassen *et al.*, 2010, lk 3).

Ettevõttel on kokku 69 teenusüksust erinevates maakondades. 17 teenusüksust asub Harjumaal, üheksa teenusüksust Ida-Virumaal, Jõgeva-, Järva-, Lääne-, Saare- ja Viljandimaal asub igas kolm teenusüksust, Lääne-Virumaal kuus teenusüksust, Pärnumaal kaheksa teenusüksust, Rapla- ja Valgamaal kummaski kaks teenusüksust, Tartumaal üheksa teenusüksust ning Põlvamaal üks teenusüksus (AS Hoolekandeteenused, s. a.-d). Ettevõtte kodulehelt leitava info kohaselt pakub Tõrva Kodu ööpäevaringset erihooldusteenust 60-le inimesele (AS Hoolekandeteenused, s. a.-f) perekülas, kus on kuus 10-kohalist peremaja (E-A. Sööt, suuline vestlus, 01.03.2024). Valga Jaama üksus pakub ööpäevaringset erihooldusteenust 24-le inimesele kahekorruselises majas, kus on neli kuuekohalist korterit (AS Hoolekandeteenused, s. a.-g). Tõrva Kodu ja Valga Jaama Kodu pakuvad mõlemad ööpäevaringset erihoolkandeteenust. Tõrva Kodus töötab 22 tegevusjuhendajat ning kaks toitlustusteenindajat, Valga Jaama Kodus töötab kaheksa tegevusjuhendajat ning üks toitlustusteenindaja. Mõlemad kodud asuvad Valgamaal, Kesk-Lõuna piirkonnas, kokku on kahes kodus 84 psüühilise erivajadusega klienti. Tõrva Kodu on tegutsenud aastast 2013 ning Valga Jaama Kodu aastast 2022.

AS Hoolekandeteenused näol on tegemist laiahaardelise riigiettevõttega, mis pakub tööd paljudele spetsialistidele, kes toetavad psüühilise erivajadusega inimeste toimetulekut kodusarnastes tingimustes.

2.2. Uurimismetoodika

Uurimistöö viiakse läbi, kasutades kvalitatiivset uurimismeetodit. Kvalitatiivse uuringu eesmärgiks on leida vastuseid küsimustele, uurides erinevaid keskkondi, üksikisikuid ja rühmasid, kes puutuvad antud valdkonna kogukonda (Lune & Berg, 2017, lk 15). Kvalitatiivne uurimismeetod keskendub keskkonna mõistmisele läbi ajalise ja ruumilise vaatluse (Õunapuu, 2014, lk 57). Kvalitatiivse uuringu puhul kogub uuringu läbiviija andmeid, tõlgendab neid ning lõpuks analüüsib kõiki kokku kogutud andmeid (Choy, 2014, lk 100).

Valimi moodustamisel võeti aluseks eesmärgipärane valim, mille puhul valitakse üldkogumist välja ainult teatud grupp indiviide, kes puutuvad otseselt kokku antud uurimistöö probleemiga. Valimi valiku põhjuseks on võimalikult täpsete vastuste saamine erialaspetsialistidelt töös esitatud küsimustele. (Õunapuu, 2014, lk 150) Sotsiaalkindlustusameti andmete kohaselt on Eestis erihoolekandega tegelevaid teenuste konsultante kokku 27 (Sotsiaalkindlustusamet, 2023). Kuna eesmärgipärase valimi üheks kriteeriumiks on mugavus ja kättesaadavus (Õunapuu, 2014, lk 151), on autori asukohta ning võimalusi arvesse võttes valitud antud uurimistöösse teenuste konsultandid Tartu-, Jõgeva-, Ida-Viru-, Võru-, Põlva-, Valga- ja Viljandimaa osakondadest. Antud piirkondades on kokku seitse erihoolekandeteenuste konsultanti, kes tegelevad klientide suunamisega AS Hoolekandeteenused teenusüksustesse, seega viiakse läbi fookusgrupi intervjuu seitsme ühte piirkonda kuuluva konsultandiga ning üks poolstruktureeritud ekspertintervjuu sama piirkonna tiimijuhiga.

Andmekogumismeetodina kasutatakse uurimistöös intervjuerimist ekspertintervjuu ning fookusgrupi intervjuu näol. Ekspertintervjuu on kvalitatiivse intervjuu meetod, mille eesmärgiks on uurida teatud tegevusvaldkonda süvitsi või saada selle valdkonna kohta rohkem teavet (Döringer, 2021, lk 265). Poolstruktureeritud ekspertintervjuu (vt lisa 1) viidi läbi Sotsiaalkindlustusameti Tartu-, Jõgeva-, Ida-Viru-, Võru-, Põlva-, Valga-, ja Viljandimaa piirkonna tiimijuhiga. Poolstruktureeritud intervjuu peamiseks eeliseks on fokuseerimine intervjuule, uurides asjakohaseid ideid, mis intervjuu käigus võivad tekkida, parandamaks veelgi arusaama käsitletavast temast (Adeoye-Olatunde & Olenik, 2021, lk 1358). Poolstruktureeritud intervjuu erineb teistest intervjuudest oma

paindlikkuse poolest, sest intervjuu meenutab vestlust, kus lähtutakse situatsioonist, mille käigus kogutakse tegelikku vajaminevat informatsiooni uuritava teema kohta. Poolstruktureeritud intervjuu puhul võib esitatavate küsimuste järjekorda muuta, küsida täpsustavaid küsimusi, mis intervjuu käigus tekivad. (Õunapuu, 2014, lk 171–172)

Fookusgrupi intervjuu (vt lisa 2) viidi läbi seitsme Sotsiaalkindlustusameti Tartu-, Jõgeva-, Ida-Viru-, Võru-, Põlva-, Valga- ja Viljandimaa piirkonda kuuluva konsultandiga, saamaks paremat ülevaadet psüühilise erivajadusega inimeste suunamisest teenustele ning mõista, millest teenustele suunamisel lähtutakse – on selleks siis kvaliteedijuhise järgimine või taskukohase ja parima isikukeskse teenuskoha ja teenuse leidmine. Fookusgrupi intervjuu teenuste konsultantidega viidi läbi videosilla vahendusel. Enne intervjuu planeerimist võttis autor erihoolekandeteenuste konsultantidega ühendust e-kirja teel. Lisaks viidi läbi fookusgrupi intervjuu AS Hoolekandeteenused Tõrva ja Valga Jaama kodude tegevusjuhendajatega (vt lisa 3), et saada ülevaade mõlema kodu poolt pakutava teenuse kvaliteedi kohta. Kuna mõlemat kodu juhib üks tiimijuht, saadi temaga kohtudes suulise vestluse käigus teada, kui palju töötab kummaski teenusüksuses tegevusjuhendajaid. Tõrva Kodus töötab 22 tegevusjuhendajat ning Valga Jaama Kodus kaheksa tegevusjuhendajat. Kummagi kodu fookusgrupi intervjuus osales korraga neli kuni kaheksa tegevusjuhendajat, kes said grupisisest arutleda esitatud küsimuste üle. Kokku viidi kahes kodus läbi viis fookusgrupi intervjuud, kolm Tõrva Kodus ja kaks Valga Jaama kodus. Fookusgrupi intervjuu viitab ühele kindlale fookuses olevale temale ning kindlale sihtgrupile, kes fookuses oleva teemaga kokku puutuvad. Fookusgrupp koosneb tavaliselt kuuest kuni kaheksast liikmest, kuid erandina võib grupis olla ka neli kuni 12 liiget. Olenevalt grupi suurusest on intervjuude ajavahemikuks 30–120 minutit (Õunapuu, 2014, lk 173).

Alljärgnev tabel 1 annab ülevaate fookusgrupi intervjuude toimumisest, ajalisest kestusest ning osalejatest.

Tabel 1. Ülevaade läbiviidud fookusgrupi intervjuudest

KUUPÄEV	AEG	OSALEJAD	TÄHISTUS	INTERVJUEERITAVAD
14.03.2024	83 minutit	4	V1	Valga Jaama Kodu 1
15.03.2024	55 minutit	6	T1	Tõrva Kodu 1
17.03.2024	96 minutit	8	T2	Tõrva Kodu 2
19.03.2024	78 minutit	4	V2	Valga Jaama Kodu 2
21.03.2024	52 minutit	5	T3	Tõrva Kodu 3
28.03.2024	62 minutit	7	K	Teenuste konsultandid

V1 ja V2 tähistavad Valga Jaama kodus läbi viidud intervjuusid, T1; T2 ja T3 tähistavad Tõrva Kodus läbi viidud grupiintervjuusid ning K tähistab teenuste konsultantidega läbi viidud intervjuud.

Ootamatu haiguspuhangu tõttu Tõrva Kodus ei olnud võimalik kolmel tegevusjuhendajal osa võtta fookusgrupi intervjuust. Kokku osales Tõrva Kodus läbi viidud fookusgrupi intervjuus 19 tegevusjuhendajat ning Valga Jaama Kodus kaheksa tegevusjuhendajat.

Kõik intervjuud salvestati, kasutades Teams-i keskkonna salvestamise võimalust või silmast-silma kohtumisel mobiiltelefoni diktofoni. Enne intervjuudega alustamist informeeriti intervjuus osalejaid intervjuu salvestamisest. Pärast intervjuud transkribeeriti salvestised töö autori poolt ning analüüsiti kogutud materjali. Transkribeerimisel võeti kasutusse ka Tallinna Tehnikaülikooli kõnetehnoloogia „tekstiks.ee“ (Olev & Alumäe, 2022). Pärast analüüside koostamist hävitatakse salvestised nii Teams-i keskkonnast kui ka mobiiltelefoni salvestiste kaustast.

Intervjuude analüüsimisel kasutati kvalitatiivset sisuanalüüsi. Korduvad mõtted ja fraasid kodeeriti, saamaks selge ülevaade tulemustest, et saadud tulemusi seejärel kategooriatesse paigutada (Laherand, 2008, lk 285). Kvalitatiivset sisuanalüüsi kasutatakse, et teha täpseid ja usaldusväärseid järeldusi kogutud materjalist. Sisuanalüüsi kasutatakse, et koostada uurimistulemustest ühtne ja kompaktne kirjeldus. (Õunapuu, 2014, lk 160–161) Uuringu läbiviija kohustuseks on tagada intervjuueeritavate anonüümsus (Laherand, 2008, lk 51), selle tõttu on fookusgrupi intervjuud tähistatud järgmiselt: V1; T1; T2; V2; T3; K. Ekspertintervjuul osalenud piirkonna tiimijuht andis töö autorile loa jätta sisse viide, mis võimaldab töö lugejal teda identifitseerida ning sellega seonduvalt jätta talle tagamata täielik anonüümsus. Ekspertintervjuu on tähistatud tähisega E.

2.3. Uurimistulemuste analüüs

2.3.1. Hindamis- ja suunamisprotsess erihoolekandeteenustele ja teenust saama õigustatud isikud

Abi- ja toetusvajaduse hindamise ja teenustele suunamise protsessi kohta info kogumiseks esitati intervjueritavatele küsimusi, mis puudutasid nii teenustele suunamise protsessi kui ka protsessiga seotud väljakutseid. Uuringu käigus sooviti välja selgitada, milline on erihoolekandeteenustele suunamise protsess ja millised inimesed on õigustatud erihoolekandeteenuseid saama. Uurimisküsimustele toetudes oli eesmärgiks saada ülevaade teenustele saamise järjekorrast ja sellest, kui õigele teenusele inimesed suunatakse.

Erihoolekandeteenuste suunamisprotsess saab alguse taotluse laekumisest, millele järgneb konsultantide poolne kontroll teenuse saamise õigustatusest – kas taotluse esitajal on olemas kõik tingimused teenuse saamiseks (K, E). Teenusele saamise tingimusteks on püsiva kuluga psüühikahäire ja määratud osaline või puuduv töövõime. Vastavalt teostatud taotluse kontrollile lepatakse teenuste konsultandi ja taotluse esitaja vahel kokku hindamise aeg, selgitamaks välja abi- ja toetusvajadus. Sotsiaalkindlustusametile esitatud taotluse menetlemine võtab aega 40 tööpäeva, kuna dokumente, mida läbi töötada, on väga palju (K). K tõi välja, et teenusele saamisel on oluline, et teenust saada soovival isikul oleks puuduv töövõime ning psühhiaatri poolt määratud F-koodiga psüühikahäire diagnoos. Esmakordne hindamise protsess toimub kontaktkohtumisena, kuhu kaasatakse võimalusel ka isiku tugivõrgustik.

Teenuste konsultandid küsivad kontaktkohtumisel inimesega erinevaid kõrvõimalikke küsimusi, koostamaks võimalikult täpne hindamine, määramaks kõige sobivamat teenust. K sõnul kasutatakse küsimuste esitamisel Maailma Terviseorganisatsiooni poolt loodud QualityRights meetodikat. Erihoolekandeteenustele suunamise hindamise protsess koosneb seitsme eluvaldkonna hindamisest nelja palli skaalal – null viitab väga väiksele toetusvajadusele ja neli viitab äärmuslikule toetusvajadusele (E). Kõikide eluvaldkondade hinnangutest tehakse üldine kokkuvõtte ning selle järgi määratakse inimesele vastav teenusevajadus (K). Kui kõikide eluvaldkondade keskmine hinne on vahemikus null kuni kaks, viitab see toetavatele teenustele või kogukonnas elamise

teenusele. Keskmise hinne vahemikus kolm kuni neli viitab ööpäevaringsele toetusvajadusele. (E)

Kuna erihoolekandeteenusele saamise üheks kriteeriumiks on F-koodiga psüühikahäire diagnoos, siis on viimasel ajal väga palju hakatud ka sõltuvusprobleemidega isikutele psüühikahäirete diagnoosi määrama, kuna sõltuvushäiretega inimesi pole kuskile majutada (K). Mõistagi ei ole erihoolekandeteenus loodud selleks, et toetada sõltuvushäiretega inimesi (K, E). Sotsiaalkindlustusametil on teenustele suunamiseks kaks järjekorda – eelisjärjekord ning tavajärjekord. Eelisjärjekorda liiguvad inimesed, kes vajavad tähtaegset ümbersuunamist teisele teenusele; inimesed, kellele on määratud ööpäevaringne erihooldusteenus kohtumääruse alusel; inimesed, kes vajavad sundravi või ebastabiilse remissiooniga teenust ning noored, kes liiguvad asendushooldusteenuselt erihoolekandeteenustele. (K, E)

Eelpool välja toodud probleemidele suunamisprotsessis andsid oma kinnituse ka erihoolekandes töötavad tegevusjuhendajad, kes ei ole rahul Sotsiaalkindlustusameti suunamisprotsessiga (V1, T1, T2, V2, T3). Tegevusjuhendajad tõid välja, et konsultandid võiksid ühelt teenuselt teisele suunatava isikuga näost-näkku kohtumise teha ning enne teenuskohta suunamist tutvuda ka teenuskoha keskkonnaga ning hinnata keskkonna sobivust suunatavale isikule. (V1, T1, T2) „Ametnik võtab vastu otsuse paberite järgi, aga nüüd tekib omaette küsimus – kui hästi ja kelle poolt need paberid vormistatud on.“ (V1)

/.../Meie oleme 12 tundi kogu aeg klientidega koos ja me näeme, kas ta sobib siia või ei sobi, aga millegipärast SKA arvab, et meie arvamus ei sobi neile, kuigi nad ise ei ole võib-olla klienti näinudki üldse. Võib-olla peaksid nad kohale tulema ja vaatama, kas klient sobib ikka siia/.../. (V1)

Vastustest selgub, et olukordi, kus inimesi suunatakse valele teenusele, siiski esineb. Põhiliselt selle tõttu, et psüühikahäire olemusest tulenevalt inimese tervis muutub, esinevad probleemid teenuskoha keskkonnas või teenuse olemuses ning erialaarstide poolt kergekäeliselt määratud psüühikahäire diagnoos, et sõltuvushäiretega inimesed kuskile paigutada.

2.3.2. Teenuste kvaliteet ja klientide sobivus teenustele

Intervjuudes uuriti erihoolekandeteenustel töötavalt tegevusjuhendajatelt nende arvamust ja hinnangut erihoolekandeteenuste kvaliteedile ning klientide sobivust pakutavale teenusele. Eesmärk oli kindlaks teha igapäevaselt psüühilise erivajadusega inimestega töötavate spetsialistide nägemus teenuse olemusest ja teenuse saajatest.

Erihoolekandeteenused on muutunud kvaliteetsemaks, üheks positiivsemaks näitajaks on mõned aastad tagasi loodud kvaliteedijuhis, mida teenuseosutajad järgivad (E). Küll aga pole teenuste osutamise keskkond peale reorganiseerimist sobilik osadele klientidele. Linnade keskel olevad teenusüksused annavad klientidele võimaluse kiiresti sattuda halvale teele ja kogukonnateenuse kortermajad asuvad üksteisest liiga kaugel, mistõttu pole tegevusjuhendajal võimalik ajapuuduse tõttu kliendiga kvaliteetselt töötada. See omakorda ei toeta kliendi igapäevaelu ning üsna pea on vajalik ümbersuunamine ööpäevaringse toetusega teenusele. (K)

Kuigi erihoolekande eesmärgiks on toetada ja arendada psüühilise erivajadusega inimeste igapäevaelu ja toimetulekut, tuuakse siiski välja, et kvaliteetset ja efektiivset teenust ei ole võimalik pakkuda, kui üksuses elab kliente, kes teenusele ei sobi. Kummaski kodus töid tegevusjuhendajad välja, et üks suurema toetus- ja tähelepanuvajadusega klient rikub kogu pere harmoonia ja sellega ka kaasklientide turvalisuse peres (V2, T1). Märkimisväärselt on hakanud halvenema kaasklientide vaimne tervis, kuna nende peres elab klient, kes teenusele ega pere keskkonda üldse ei sobi (T2). Mõned kliendid ei tunne end oma kodus turvaliselt, kuna nad kardavad kaaskliendipoolset vägivalda või varastamist. (V2) „Tuues näiteks seesama ... tegelikkuses on ta selle maja rahu justkui ju ära rikkunud. Et kõik kliendid, kes seal enne olid nii-öelda stabiilsed, siis täna nad juba ju jauravad-mauravad seal kõik.“ (T2)

Teenuste kvaliteedi hindamisel paluti tegevusjuhendajatel hinnata ja lühidalt kommenteerida etteantud teenuste kvaliteedi põhimõtteid, mida kommenteerisid kõik fookusgrupi intervjuul osalenud tegevusjuhendajad.

Esimese kvaliteedipõhimõtte kohaselt on mõlema kodu kliendid ja eestkostjad teadlikud teenuste hinnakirjast (V1, T1, T2, V2, T3). Igasugustest muudatustest hinnakirjas ning

teenuste osutamise korras informeeritakse koheselt teenusesaajat ning tema lähedasi või eestkostjat (V1, T1, T2). Teiseks peaks teenuste osutamise keskkond olema kliendisõbralik ning kohandatud nende vajadustele. Valga Jaama Kodu ja Tõrva Kodu erinevad selles osas oluliselt. Valga Jaama Kodus on klientide liikumine raskendatud maja kahekordse planeeringu tõttu (V1, V2). Tõrva Kodus seevastu on avarad ühekordsed majad, kus klientidel on mugav liikuda ka abivahenditega (T1, T2, T3).

Kolmanda põhimõtte kohaselt peab teenuste osutamine olema inimesekeskne ja vajaduspõhine, toetades igakülgset klientide heaolu. Kõikidele klientidele on tagatud võimalus saada tervishoiuteenuseid ning läbiviidavad tegevused toetavad tegevusplaanis seatud eesmärke (V1, T1, T2, V2, T3). Samas on Valga Jaama Kodus tegevusjuhendajate arv teenusüksuses väike, mistõttu ei ole võimalik tagada klientidele igapäevaselt ettenähtud päevaplaani (V1, V2). Neljandaks peab teenuste osutamine olema võimestav ja kaasav, austades klientide õigusi ja kaasates neid teenuste planeerimisse. Mõlema kodu kliendid ja nende lähedased on teadlikud oma õigustest ja kohustustest (V1, T1, T2, V2, T3). Tegevusplaanid on koostatud koos kliendi ja tema lähedaste/eestkostjaga vastavalt kliendi võimekusele. Igal aastal antakse kliendile ja tema lähedasele/eestkostjale võimalus vastata rahuloluküsitlusele. (V1, T1, T2) Klientide lähedasi/eestkostjaid kaasatakse iga aasta üksuse poolt korraldavasse üritusse (T2).

Viies põhimõte eeldab tulemustele orienteeritust, aidates klientidel saavutada seatud eesmärke, mis toetavad nende arengut. Aasta jooksul toetavad tegevusjuhendajad klientide toimetulekut vastavalt tegevusplaanis püstitatud eesmärkidele. Eestkostjatele/lähedastele antakse võimalus rääkida kaasa eesmärkide seadmisel. (V1, T1, T2, V2, T3) Kuues põhimõte keskendub töötajate pädevusele ja eetikale. Mõlema kodu tegevusjuhendajad omavad vastavat kutsestandardit, suhtuvad klientidesse lugupidavalt ja toetavad nende igapäeva elu, sealjuures mõistavad ka nende haigusest tingitud eripärasid (V1, T1, T2, V2, T3). Kuigi ettevõtte tagab töötajatele erinevaid koolitusi, on viimastel aegadel hakatud koolitusi tühistama. Tegevusjuhendajate sõnul on koolitusi raske jälgida veebi teel ja nad eeldaksid pigem koolituste saamist kontaktkohtumistena. (V1, T2, T3) Viimaseks kvaliteedipõhimõtteks on organisatsiooni hea töökorraldus. Selle kvaliteedipõhimõtte all toodi välja, et tagamata on jäetud turvaline töökeskkond. Tegevusjuhendajatel puudub ruum, kuhu reaalse ohu eest peituda (V1, V2).

Samas on Tõrva Kodus tagatud tegevusjuhendajatele eraldi lukustatav ruum, kuhu vajadusel peituda (T1, T2, T3). Raskete kliendijuhtumite puhul viiakse kuus korra läbi vähemalt üks kovisioon ning tagatud on ka tööks vajalikud isikukaitsevahendid (T1, T2, T3, V1, V2). Võrreldes kahe kodu hinnangut kvaliteedipõhimõtetele, selgub, et Kummaski kodus on kvaliteedipõhimõtted tagatud väikeste erinevustega. Selgub, et Tõrva Kodu keskkond on nii töötajatele kui ka klientidele turvalisem.

Edasi uuriti tegevusjuhendajatelt ja Sotsiaalkindlustusameti teenuste konsultantidelt klientide sobivusest suunatud erihoolekandeteenustele. Kogutud info kohaselt leidub kliente, kes teenusele ei sobi. Põhiliseks näitajaks on suurem toetus- või järelvalvevajadus ning teenuse keskkond. Tegevusjuhendajad tõid välja, et nii Tõrva Kodus kui ka Valga Jaama kodus elab vähemalt üks selline klient, kes ei sobi ööpäevaringsele erihooldusteenusele või ei sobi keskkonda, kus teenust pakutakse. (V1, T1, T2, V2, T3)

./.../Meil kõrval peres on üks poiss, kes ei sobi absoluutselt siia teenusele, sest me ei saa temaga üks-ühele tegeleda, meil ei ole ressursi selle jaoks. Tema tuleks ikka suunata sinna, kus tal ongi tegevusjuhendaja kogu aeg kõrval või on siis vähemalt turvamees kõrval, sest meil on siin juba ohtlik./.../(V2)

Inimese esmasel hindamisel lähtutakse inimese hetkeolukorrast. Psüühikahaigusest tulenevalt võib inimese toimetulek varieeruda, mille tõttu võib teenusel olles selguda, et inimene vajab teistsuguse sisuga teenust. (E) Põhiline teenuse mitesobivus väljendub kliendi eripärades ja vajadustes. Kummaski üksuses leidub vähemalt üks klient, kes vajaks suurema järelvalvega teenust ja kolm kuni neli klienti, kes vajaksid suurema toetusega teenust. Suurema toetusvajadusega inimesega tegeledes on tegevusjuhendajad sunnitud kasutama aega, mis on mõeldud erinevateks aktiveerivateks tegevusteks ülejäänud klientidega. (V1, T1, T2, V2, T3) „Kui sa oled ikkagi üksinda tööl, siis sa jõuad päeva peale ainult need põhilised asjad nagu äärmised vajadused ära rahuldada.“(V2)

./.../Mina näiteks näen ka, et mõned meie elanikud ei peaks just konkreetsel teenusel olema, mina näen siin väga paljusid hooldekodu kliente, kes võiks seal toimetada, samas on neid kliente, kes ei sobitu meie elanike sekka, sest nad muudavad kaaselanikud ärevaks, nad võiks olla rohkem kuskil pool, kus on tagatud rohkem personali./.../(T2)

Paraku on erihoolekandeteenused riigi poolt väga alarahastatud, mistõttu ei ole teenuspakkujatel võimalik personali juurde palgata. Kui riik eraldaks rohkem raha erihoolekandeteenustele, oleks võimalik teenusüksustesse juurde palgata tegevusjuhendajad ning sellega parandataks ka suuresti teenuste kvaliteeti (E). Lisaks kaoks ära olukord, kus suurema toetusvajadusega klientidega tegelemiseks kasutatakse madalama toetusvajadusega klientidele mõeldud aega (K, E). Teenusosutajad pöörduvad väga tihti Sotsiaalkindlustusameti poole erinevate kliendikaasuste lahendamiseks. Korraldatakse ümarlaudasid, võrgustikukohtumisi ning erinevaid koolitusi, et aidata teenusüksusel toime tulla probleemsete klientidega. (K)

Kuigi erihoolekandeteenused on muutunud pärast reorganiseerimist inimlikumaks ja kvaliteetsemaks, on see kaasa toonud ka palju erinevaid probleeme, mis vajavad lahendusi. Suurenenud töökoormus ning minimaalne personali olemasolu toob kaasa klientide pigem kergemalt teenuselt suurema toetusvajadusega teenusele liikumise.

2.3.3. Erihoolekande areng ja peamised väljakutsed

Sotsiaalkindlustusametil ja erihoolekandes töötavatel tegevusjuhendajatel paluti anda ülevaade erihoolekande arengust ja peamistest probleemkohtadest ning väljakutsetest. Küsimused puudutasid reorganiseerimisega kaasa tulnud muudatusi ja klientide kaasamist kogukondadesse.

Erihoolekande üheks suurimaks arengukohaks on kindlasti suur reorganiseerimise projekt, kus kaotati ära suured teenust pakkuvad mõisahooned ja asendati need kogukonnasiseste väiksemate teenusüksustega. Lisaks hakati piloteerima ka isikukeskse erihoolekande teenusmudeliga.

.../Erihoolekannet on hakatud toetama isikukeskse erihoolekande teenusmudeliga, tegemist on kombineeritud mudeliga, kus on erinevad teenuskomponendid. Lähtuvalt inimesest pannakse talle kokku erinev pakett vajaminevatest teenustest, mis sisaldab erihoolekande komponente, rehabilitatsiooni komponente ja kohaliku omavalitsuse teenuseid/.../. (E)

Kuigi reorganiseerimine oli igati positiivne ettevõtmine, on selle käigus siiski viidud mõned psüühilise erivajadusega inimesed valesse keskkonda. Üheks põhiliseks

probleemiks on autismispektrihäiretega klientidele piisav teenuspakkujate puudus. „Autismispektrihäiretega inimesed on kolitud kogukondade keskele, pole tagatud piisavat personali ning selle tõttu esineb väga palju probleeme teenusüksustes ja kogukondades.“ (K)

Reorganiseerimise käigus sooviti tagada psüühilise erivajadusega inimestele võimalused avatud tööturul ning kooliõpingutes, toetamaks nende igapäevaelu ning tagamaks neile tavakodanikega sarnased võimalused ja tingimused. Tööturul osalemiseks peab tegevusjuhendaja leidma kliendile ise töö, kuid enamasti psüühilise erivajadusega inimesi tööturule ei soovita. (V1, V2) Lisaks väsivad kliendid ise tööd tehes ära ja lahkuvad lihtsalt keset tööpäeva (V2). „Tööturule nad ei leia siin kohta, nad on töötukassas ikkagi käinud, aga ei leita neile sobivat töökohta. Mõned kliendid saaksid töötada, aga nii, et neil on kogu aeg tegevusjuhendaja kõrval, kes suunab ja ütleb, mida tegema peab.“ (T1)

Selleks, et klienti tööturul toetada, oleks vaja rohkem personali. Tegevusjuhendaja ei saa kaheksaks tunniks maja üksinda jätta, et ühte klienti tööl juhendada ja suunata. Selleks on vaja eraldi kogukonnas käivat tegevusjuhendajat, kelle ülesandeks ongi kliente töö tegemisel aidata. (T1, V2, T2, V1) Kuigi tööturule on psüühilise erivajadusega klientidel raske saada, on neil olemas võimalus osaleda kooliõpingutes. Koolis saavad nad osaleda lihtsustatud õppekavaga kursustel ja omandada erinevaid oskusi ja teadmisi. Põhiliseks kursuseks, mida Tõrva ja Valga Jaama kodu kliendid läbivad, on abikoka kursus. (V2, T1, T3)

Valgamaa Kutsehariduskeskus asub ligikaudu kilomeetri kaugusel Valga Jaama kodust. Tänu sellele kaasatakse ka üksuses elavaid elanikke õppetöösse, koolis on välja töötatud erinevaid lihtsama tasemega õppekavasid. (V1, V2) Tõrva Kodust asub aga kutseõppekeskus 30 kilomeetri kaugusel, mistõttu on ainsaks võimaluseks klientidel sinna hommikul vara bussiga sõita (T1, T2, T3). „Koolis on mõned elanikud käinud, koolis käiks neid võib-olla isegi rohkem, kui kool oleks kodule lähemal. Bussiga sõitmine on veel mõnele elanikule problemaatiline“ (T1). „Valga Puuetega inimeste koda teeb ka kutseõppekeskusega koostööd ja nemad siis kaasavad omalt poolt meie elanikke ka õppetöösse, seega meil on sellega hästi“ (V2).

Erinevatesse kogukonnaga seotud üritustesse jääb Valga linnas kaasamisega vajaka, kuid Tõrva linnas juba kaasatakse kliente erinevatesse kogukonnaga seotud koosviibimistesse. Intervjuude käigus jäi mulje, et Tõrva linnas toimub rohkem taskukohaseid üritusi kui Valga linnas. Kogukond ei ole veel harjunud teadmise, et linna keskel asub psüühilise erivajadusega inimestele teenust pakkuv üksus (V2). Põhiliseks murekohaks on klientide poolt korraldatud rumalused kogukonnas (V1). Kuna üksus ei ole kinnine, saavad kliendid väga vabalt kodu territooriumilt lahkuda ja neile on see lubatud. Tegevusjuhendajate vähesuse tõttu ei ole võimalik iga kliendiga individuaalselt tegeleda. (V1, V2) Eelarvamused ja klientide pahateod kogukonnas on kogukonna liikmeid pahandanud ning selle tõttu ei pöördu kogukond isiklikult ka teenusüksuse poole, et neid erinevatesse üritustesse kaasata (V1). Tõrva Kodu on tegutsenud juba üksteist aastat ja linnaelanikud on juba enam-vähem leppinud teadmise, et nende lähedal elavad psüühilise erivajadusega inimesed. Tõrva Kodu elanikke kaasatakse erinevatesse kogukonnaüritustesse. Peamisteks üritusteks, kuhu kliente kaasatakse, on erinevad tähtpäevadega seotud pidulikud koosviibimised. (T1, T2)

/.../Meil on omad kindlad kontaktid, kes annavad meile teada kui kuskil midagi toimub ja kuhu me oleme oodatud. Ja ütleme, kinod ja kontserdid, sinna me lähme ise omal algatusel, aga kui on mõni lauaga pidu või selline, siis kutsutakse meid/.../. (T1)

Mõlemas üksuses uuriti ka tervishoiutöötajate suhtumist psüühilise erivajadusega klientidesse. Uurimistulemused olid pigem negatiivsed, mille raames toodi välja palju negatiivseid kogemusi operatiiv- ja tervishoiutöötajatega. Intervjuude käigus räägiti, et kõige kehvem suhtumine erihoolkande klientidesse on psühhiaatriaiglatel ja operatiivtöötajatel (T2, V2). Tihti leiab aset olukord, kus elanik saadetakse kiirabiga väga halvas vaimse tervise seisundis haiglasse ning kohe helistatakse psühhiaatriaiglast üksusesse, et klienti ei võta vastu (V2, T3).

/.../Mina saatsin elaniku haiglasse jaanuari lõpus, elanik tuli tagasi. Tal ei olnud mingit ravi muudatust tehtud ja ta tuli veel hullemas seisus tagasi. Tegelikult oleks vaja nii, et kui me saadame elaniku lühikese aja jooksul juba teist korda psühhiaatriaiglasse, siis peaks ikkagi tema raviskeemi kriitiliselt vaatama ja seda muutma/.../. (T3)

Jätkuvalt on suurimaks probleemiks erihoolekande alarahastatus, mistõttu ei ole võimalik pakkuda maksimaalset vajaminevat personali teenusüksustele. Rohkem tegevusjuhendajaid teenusüksustes suudaksid toetada psüühikahäiretega inimeste kaasamist kogukonda ja toetada klientide toimetulekut ning vaimset tervist. Samuti on probleemne psüühilise erivajadustega inimeste tööhõive ja kogukonda kaasatus.

2.4.Arutelu ja järeldused

Sotsiaahoolekande seaduse (2015) § 76 kohaselt on erihoolekandeteenustele saamise eelduseks Sotsiaalkindlustusameti poolt tehtud otsus, mis suunab inimese erihoolekandeteenuseid saama. Abi- ja toetusvajaduse hindamise käigus hinnatakse seitset eluvaldkonda (Civitta, 2021, lk 15) nelja palli skaalal (Purge *et al.*, 2023, lk 20). Uuringu käigus selgus, et peale taotluse laekumist ja vastava kontrolli teostamist viiakse läbi taotluse esitaja ja teenuste konsultandi vahel kontaktkohtumine, et hinnata seitset eluvaldkonda nelja palli skaalal ning selle tulemusena määratakse inimesele vastav teenus. Toetusvajaduse hindamisel võib saada takistuseks, vastamine keerulistele küsimustele mis esitatakse vastavalt hindamisjuhendile (Epro, 2018, lk 77). Hindamisel hinnatakse inimese hetkeolukorda, selle tõttu võib vastavalt psüühikahäirele inimese toimetulek ja vaimne olukord muutuda ning tulevikus ei pruugi enam teenus, kuhu inimeste suunati, talle sobida. Saadud tulemusi analüüsides võib öelda, et dokumentides on suunamisprotsess hästi korraldatud. Vajaka jääb keskkonna hindamine, inimest teenusele suunates ei arvestata teenuskoha keskkonnaga ja sellest tulenevalt võivad mõned teenusele suunatud inimesed sattuda neile mitesobivasse keskkonda.

Psüühikahäirete alla kuuluvad ärevushäired, skisofreenia, häired, mis tulenevad erinevate narkootiliste või alkoholsete ainete liigsest tarvitamisest (Freeman *et al.*, 2017, lk 2393), suitsiidsus, vaime kurnatus ning vanemate inimeste puhul ka mäluprobleemid ja unehäired (Konstabel *et al.*, 2022, lk 42). Uuringu tulemustena selgus, et sõltuvushäiretega inimestele on hakatud diagnoosima F-koodiga psüühikahäiret, tagamaks neile erihoolekandeteenused. Tulemustest võib järeldada, et reorganiseerimise käigus loodud linnakeskkond on väga soodne nendele inimestele uuesti sõltuvushäirete küüsi langemiseks, mis omakorda võib häirida teiste erihoolekandes olevate inimeste elu ja heaolu.

Kohalikud omavalitsused kasutavad erihoolekandeteenuseid, et vabaneda keeruliste probleemidega inimestest, selle tõttu võivad erihoolekandeteenustel elada inimesed, kes nii suurt tuge ei vaja (Trinidad Wiseman, 2017, lk 17). Uuringus selgus, et erihoolekandeteenuste üksustes leidub kliente, kes üksuse poolt pakutavale teenusele oma abi- või toetusvajaduse tõttu ei sobi. Mõningatel juhtudel toetatakse suurema abivajadusega inimesi madalama toetusvajadusega inimeste arvelt (Civitta, lk 52–53). Uuringu tulemustena toodi välja, et üksustes leiab igapäevaselt aset olukordi, kus tegevusjuhendajad peavad tegelema suurema toetusvajadusega inimestega, mistõttu jäävad madalama toetusvajadusega inimesed omapäi. Tulemustele toetudes leiab autor, et vähese personali tõttu ja üldhooldusteenuse ning tugevama järelvalvega teenuse vajadusega klientide tõttu ei suudeta toetada madalama abivajadusega klientide toimetulekut ja arengut. Tegevusjuhendajate aeg kulub raskemate klientidega tegelemisele ning väiksema toega klientidele pööratakse vähem tähelepanu. See mõjutab aga nende toimetulekut ja võib viia olukorrani, kus kliendi abivajadus ja sellega seoses ka vajaduse teenuse sisu osas muutub.

Suurimaks kvaliteedinäitajaks vaimse tervise teenustel on ootejärjekord ja juurdepääsetavus teenusele (Μπουραζάνα *et al.*, 2021, lk 123). Uuringust selgus, et kui inimene on suunatud teenusele, kuhu ta ei sobi, liigub ta automaatselt Sotsiaalkindlustusameti eeljärjekorda. Seadusest tulenevalt peab inimene uuele teenusele pääsema 60 päeva jooksul, kuid paraku teenuskohtade vähese arvu tõttu seda tagada ei suudeta. Heaolu arengukavas (Sotsiaalministeerium, 2023a, lk 21–22) toodi välja murekoht, et erihoolekande süsteemi oleks vaja parandada nii, et inimese terviklikku abivajadust hinnatakse selliselt, et inimene pääseks koheselt õigele teenusele. Käesolevas uuringus saadud tulemusi hinnates võib järeldada, et erihoolekandes on endiselt üheks suurimaks probleemiks teenuskohtade puudus ja valdkonna tugev alarahastatus. Inimesi, kes vajaksid erihoolekandeteenuseid, lisandub aina rohkem juurde, kuid teenuskohti on endiselt vaid piiratud koguses.

Efektiivsuse ja kvaliteedi tagamiseks oleks vaja pakkuda hoolekandeteenuseid koostöös terviseteenuste ja kogukondlike teenustega, et parandada inimeste iseseisvat toimetulekut (Sotsiaalministeerium, 2023, lk 23). Uuringust selgus, et kogukond ei ole harjunud teadmise, et nende keskel elavad erihoolekandeteenuseid saavad psüühilise

erivajadusega inimesed. Psüühilise erivajadusega inimesed seisavad tihti silmitsi negatiivse suhtumisega kogukondade poolt, mis paneb neid olukorda, kus nad ei julge ka meditsiinilist abi otsida (Clement *et al.*, 2015, lk 12). Paraku kinnitati uuringu käigus, et kõige kehvema suhtumisega erihoolekande klientidesse on tervishoiutöötajad ja operatiivtöötajad, kes ei ole huvitatud psüühilise erivajadusega inimestega töötamisest või neile korrektse abi pakkumisest. Kogutud tulemustele toetudes saab järeldada, et kogukondade head suhtumist psüühilise erivajadusega inimestesse ei saagi oodata, kui tervishoiutöötajad ei ole huvitatud psüühilise erivajadusega inimeste toetamisest. Siin peetakse silmas korrektse raviskeemi koostamist ja vajadusel vajamineva ravi pakkumist.

Erihoolekandeesutuste reorganiseerimise seaduse (2015) § 2 kohaselt oli deinstitutionaliseerimise eesmärgiks tagada psüühilise erivajadusega inimestele paremad elamis-, õppimis- ja töötamistingimused. Küll aga seavad tööandjad kahtluse alla psüühilise erivajadusega inimeste usaldusväarsuse ja vastupidavuse (Bugarzski *et al.* 2016, lk 27). Uuringu käigus selgus, et elamistingimused on täidetud ja õppimisvõimalused tagatud, kuid tööturule saamine on psüühilise erivajadusega inimestel raskendatud. Tulemustest lähtudes järeldab autor, et tööturule kaasamisel ja õppetöös osalemisel on takistuseks klientide vastupidavus ja oskused. Senikaua, kuni riigi poolt on erihoolekandeteenused alarahastatud, ei saa ka lisapersonali palgata, kes kliente nendes valdkondades toetaksid.

2018. aastal hakkasid Eestis kehtima sotsiaalteenuste osutamisel kvaliteedipõhimõtted, mida teenust osutades järgida tuleb. Kokku on kvaliteedipõhimõtteid seitse. (Sotsiaalkindlustusamet, 2018, lk 2–18) Uuringu käigus paluti tegevusjuhendajatel kvaliteedipõhimõtteid hinnata ning selgus, et Tõrva Kodus ja Valga Jaama Kodus hinnatakse kvaliteeti pisut erinevalt. Peamiseks erinevuseks oli teenuse keskkond ning turvalisus. Kvaliteedipõhimõtete hinnangust järeldab töö autor, et ettevõtte peab kinni etteantud põhimõtetest, kuid valdkondi, mida võiks parandada, veel leidub. Lisaks saab tulemustest järeldada, et Valga Jaama kodu ei ole rajatud kõige sobivasse keskkonda ning maja planeering pole piisavalt hästi läbi mõeldud erivajadustega inimestele.

Kogutud andmeid kokku võttes selgus, et tegevusjuhendajad ei ole rahul Sotsiaalkindlustusameti suunamisotsustega ning Sotsiaalkindlustusamet ei ole rahul valdkonna riigipoolse alarahastatusega. Kuigi erihoolekandeteenuseid parendati

deinstitutionaliseerimise käigus ning lisaks piloteeritakse isikukeskse teenusmodeliga, jääb siiski kõige positiivse juurde negatiivseks näitajaks töötajate puudus ning vähene teenuskohtade arv.

Lähtudes eelnevast teeb lõputöö autor Sotsiaalkindlustusametile järgmised ettepanekud:

1. Inimesi erihoolekandeteenustele suunates veenduda eelnevalt teenusüksuse füüsilise keskkonna ja pakutavate abistamisvõimaluste sobivuses kliendile.
2. Viie aasta möödudes kordushindamisel kohtuda hinnatava inimesega silmast-silma ning vältida vanadest dokumentidest saadavale infole toetumist hindamisotsuse tegemisel.
3. Kaaluda võimalusel kliente teenusele suunata katseajaga, kus tegevusjuhendajad hindavad kliendi sobivust vastavasse teenusüksusesse.

Kokkuvõtlikult võib öelda, et lõputöös püstitatud eesmärk analüüsida erihoolekandeteenuste kvaliteeti ja klientide sobivust teenusele ning teha ettepanekuid Sotsiaalkindlustusametile sai täidetud. Mõlemad uurimisküsimused said vastused.

Küsimusele, kuidas hindavad erihoolekande kvaliteeti AS Hoolekandeteenused tegevusjuhendajad, leiti, et enamjaolt on mõlemas üksuses kõik kvaliteedipõhimõtted täidetud. Peamiseks erinevuseks kahe kodu vahel oli teenuse keskkond ning turvalisus. Selgus, et Tõrva Kodu asub turvalisemas keskkonnas kui Valga Jaama Kodu ning lisaks on Tõrva Kodus tagatud ka töötajate turvalisus. Ühiseks murekohaks peeti viimasel ajal puudujäävaid koolitusi, mis on ette nähtud kuuendas kvaliteedipõhimõtte punktis.

Teiseks uurimisküsimuseks oli, milline näeb välja suunamise protsess taotluse esitamisest kuni teenuskohta jõudmiseni? Erihoolekandeteenustele suunamise protsess saab alguse taotluse esitamisest, vastava kontrolli teostamisest ning seejärel kontaktkohtumisel abi- ja toetusvajaduse hindamisest. Pärast hindamist arvutatakse kokku abi- ja toetusvajaduse keskmine hinne ning sellest tulenevalt määratakse abivajajale vastav teenus. Seejärel väljastatakse suunamisotsus ning inimene liigub Sotsiaalkindlustusameti ootejärjekorda, kuni vastaval teenusel avaneb teenuskoht. Kordushindamisel praegu kõikide klientidega uuesti ei kohtuta, kuigi aastate jooksul võib olla inimese toetusvajadus muutunud rohkem kui dokumentides kirjas.

KOKKUVÕTE

Käesoleva lõputöö teemavalik tulenes vajadusest selgitada, kuidas on tagatud erihoolekandeteenuste kvaliteet ning kuidas on erihoolekandeteenust saama õigustatud inimesed teenusele suunatud. Psüühilise erivajadusega inimestele on Eesti riigis ette nähtud erihoolekandeteenused, kuhu pääsemise eelduseks on Sotsiaalkindlustusameti poolne otsus. Erihoolekandeteenuseid ja nende kvaliteeti hakati parendama reorganiseerimise projekti käigus, luues kogukondade keskele kodusarnased teenusüksused. Lisaks hakati piloteerima isikukeskse erihoolekande teenusmodeliga, et pakkuda inimestele komponendipõhist vajaminevat teenust. Erihoolekande kvaliteedi alustalaks on kvaliteedijuhis, mida teenusosutajad järgivad, et pakkuda teenusesaajale võimalikult kvaliteetset teenust.

Lõputöö teoreetilises osas anti ülevaade psüühilisest erivajadusest ja sellega seotud abivajadusest ning riigi poolt pakutavate erihoolekandeteenuste olemusest ning kvaliteedist. Eelmisel aastal lõpetatud reorganiseerimise projekt andis võimaluse kolida psüühilise erivajadusega erihoolekandeteenust saavad inimesed kogukonnapõhisesse uutesse teenusüksustesse, pakkudes neile paremat ja kvaliteetsemat teenust. Selle tõttu uuriti antud lõputöö raames AS Hoolekandeteenused Tõrva ja Valga Jaama kodus töötavatelt tegevusjuhendajatelt mõlema kodu kvaliteeti ning klientide sobivust mõlema kodu poolt pakutavale teenusele. Lisaks uuriti Sotsiaalkindlustusameti spetsialistidelt, kuidas toimub erihoolekandeteenustele suunamine ja milline on suunamise protsess.

Töö autor kasutas uuringu läbiviimiseks kvalitatiivset uurimismeetodit, andmeid koguti, kasutades poolstruktureeritud ekspertintervjuud ning fookusgrupi intervjuud. Intervjuukava küsimused olid kooskõlas teoorias kasutatud materjalidega ning lähtusid lõputöös püstitatud eesmärgist ja uurimisküsimustest. Uurimistöös kasutati eesmärgipärast valimit, kus üldkogumist valiti välja ainult teatud grupp indiviide, kes puutusid otseselt kokku käesoleva lõputöö uurimisprobleemiga. Käesoleva töö

fookusgrupiks olid Tõrva ja Valga Jaama kodude tegevusjuhendajad ning ühe piirkonna Sotsiaalkindlustusameti teenuste konsultandid ning konsultantide tiimijuht.

Uuringu tulemustest selgus, et kuigi ettevõtte järgib väga korrektselt etteantud kvaliteedijuhiseid, on reorganiseerimise käigus siiski loodud mõningate teenust vajavate klientide jaoks ebasobiv keskkond. Peamiseks probleemiks nimetati tegevusjuhendajate puudust ning sellest tulenevat ajanappust, et kõikide teenust saavate klientidega tegeleda ja neile kvaliteetset teenust pakkuda. Sotsiaalkindlustusameti sõnul on tänasel päeval üheks suurimaks probleemiks sõltuvushäiretega inimestele vale diagnoosi määramine, et tagada neile erihoolekandeteenuste õigustatus, mis omakorda toob suurema vastutuse tegevusjuhendajatele. Keerulise diagnoosi ning ebasobiva keskkonna tõttu on võimatu pakkuda kõikidele erihoolekandeteenust saavatele inimestele kvaliteetset teenust.

Kokkuvõttes saab öelda, et antud lõputöö eesmärk täideti, sest kahe kodu tegevusjuhendajatelt saadi ülevaade teenuste kvaliteedist ning klientide sobivusest teenusele ning tehti ettepanekud Sotsiaalkindlustusametile. Saadi vastused püstitatud uurimisküsimustele, ehk kuidas hindavad erihoolekandeteenuste kvaliteeti tegevusjuhendajad ning milline näeb välja Sotsiaalkindlustusameti suunamisprotsess.

Käesolevas töös uuriti erihoolekandeteenuste kvaliteeti ööpäevaringset erihooldusteenust pakkuvates üksustes. Edaspidised uuringud võiksid keskenduda ka teiste erihoolekandeteenuste kvaliteedi hindamisele ja sellele, kuidas toetada paremini teenusüksuste ja kogukonnavahelist koostööd.

VIIDATUD ALLIKAD

- Aaben, L., Paat-Ahi, G. & Nurm, Ü-K. (2017). *Pikaajalise hoolduse deinstitutionaliseerimise mõju hindamise raamistik*. Poliitikauuringute Keskus Praxis. https://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2017/10/DI_anal%C3%BC%C3%BCs_Praxis-2017_FINAL.pdf
- Acosta, J. D., Becker, A., Cerully, J. L., Fisher, M. P., Martin, L. T., Vardavas, R., Slaughter, M. E., & Schell, T. L. (2014). *Mental Health Stigma in the Military*. Rand Corporation. https://www.eachmindmatters.org/wp-content/uploads/2015/02/RAND_RR426.pdf
- Adeoye-Olatunde, O. A., & Olenik, N. L. (2021). Research and scholarly methods: Semi-structured interviews. *Journal of the American College of Clinical Pharmacy*, 4(10), 1358–1367. <https://doi.org/10.1002/jac5.1441>
- AS Hoolekandeteenused. (s. a.-a). *Ettevõtted*. <https://www.hoolekandeteenused.ee/ettevottest/>
- AS Hoolekandeteenused. (s. a.-b). *Missioon ja visioon*. <https://www.hoolekandeteenused.ee/ettevottest/eesmargid-ja-vaartused/>
- AS Hoolekandeteenused. (s. a.-c). *Hoolekandeteenused tööandjana*. <https://www.hoolekandeteenused.ee/toopakkumine/hoolekandeteenused-tooandjana/>
- AS Hoolekandeteenused. (s. a.-d). *Tutvu meie kodudega*. <https://www.hoolekandeteenused.ee/kodud/>
- AS Hoolekandeteenused. (s. a.-e). *Vaata meie teenuseid*. <https://www.hoolekandeteenused.ee/teenused/>
- AS Hoolekandeteenused. (s. a.-f). *Tõrva Kodu*. https://www.hoolekandeteenused.ee/kodu/torva_kodu/
- AS Hoolekandeteenused. (s.a.-g). *Valga Jaama*.

- https://www.hoolekandeteenused.ee/kodu/valga_jaama/
- Atonen, M. (2016). Erihoolekande taristu arendamine. *Sotsiaaltöö*, (1), 23–25.
- Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*, 16(1), 5–13. <https://doi.org/10.1002/wps.20375>
- Bruguiere, P., Morin, C., Maddux, B., & Pradat-Diehl, P. (2023). Contribution of Psychoanalytical Psychotherapy to the Rehabilitation Setting for a Patient with Acquired Brain Injury. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 10, 107–117. <https://doi.org/10.1007/s40737-022-00299-z>
- Bugarszki, Z., Medar, M., van Ewijk, J. P., Wilken, J. P., Narusson, D., Saia, K., Kriisk, K., Kiis, A., Susi, M., Sooniste, I., & Rahu, A. (2016). *Uuring psüühilise erivajadusega inimestele suunatud erihoolekandesüsteemi ümberkorraldamiseks ja tõhustamiseks teiste riikide praktikate alusel*. Tallinna Ülikooli Ühiskonnateaduste instituut. https://sm.ee/sites/default/files/content-editors/Uudised_pressiinfo/di_uuringu_loppraport_08.02.2016.pdf
- Choy, L. T. (2014). The Strengths and Weaknesses of Research Methodology: Comparison and Complimentary between Qualitative and Quantitative Approaches. *Journal Of Humanities And Social Science*, 19(4), 99–104. <https://iosrjournals.org/iosr-jhss/papers/Vol19-issue4/Version-3/N0194399104.pdf>
- Civitta. (2021). *Erihoolekandeteenuste korraldussüsteemi mõjude analüüs üleminekul isikukesksele teenusmudelile*. Lõppraport. Sotsiaalministeerium. <https://www.sm.ee/media/2312/download>
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, S., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, J. S. L., & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1), 11–27. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000129>
- Döringer, S. (2021). The problem-centred expert interview?. Combining qualitative interviewing approaches for investigating implicit expert knowledge. *International Journal of Social Research Methodology*, 24(3), 265–278. <https://doi.org/10.1080/13645579.2020.1766777>
- Eesti Puuetega Inimeste Koda. (2018). *Puuetega inimeste eluolu Eestis*. ÜRO puuetega

- inimeste õiguste konventsiooni täitmise variraport.* https://www.epikoda.ee/wp-content/uploads/2018/03/EPIK_variraport_webi.pdf
- Epro, S. (2018). Erihoolekande- ja rehabilitatsiooniteenused intellektipuudega inimeste eluilmas. *Sotsiaaltöö*, (2), 77–79.
- Erihoolekandeaasutuste reorganiseerimine. (2015). *Riigi Teataja I*, 15.09.2015, 22; *Riigi Teataja I*, 01.09.2020, 3. <https://www.riigiteataja.ee/akt/101092020003>
- European Social Network. (2020). *Striving for quality in social services and social care.* https://www.esn-eu.org/sites/default/files/publications/ESN_Quality_report_light_web.pdf
- Freeman, D., Reeve, S., Robinson, A., Ehlers, A., Clark, D., Spanlang, D., & Slater, M. (2017). Virtual reality in the assessment, understanding, and treatment of mental health disorders. *Psychological Medicine*, 47(14), 2393–2400. <https://doi.org/10.1017/s003329171700040x>
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2017). A proposed new definition of mental health. *Psychiatria Polska*, 51(3), 407–411. <https://doi.org/10.12740/PP/74145>
- Jakobson, L. (2022). Ravirefraktaarne alkoholivõõrutus: haigusjuhu kirjeldus ja kirjanduse ülevaade. *Eesti Arst*, 101(10), 578–583. <https://doi.org/10.15157/ea.vi.19278>
- Jürgensoo, A. (2020). Psüühikahäiretega lapsevanemad ootavad usaldust ja toetust. *Sotsiaaltöö*, (1), 63–68.
- Karolaakso, T., Autio, R., Suontausta, P., Leppänen, H., Rissanen, P., Näppilä, T., Tuomisto, M. T., & Pirkola, S. (2024). Mental health service diversity: associations of mental health service system characteristics and mood disorder disability pensioning in Finland. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 59, 631–642. <https://doi.org/10.1007/s00127-023-02481-5>
- Kilbourne, A. M., Beck, K., Spaeth-Rublee, B., Ramanuj, P., O'Brien, R. W., Tomoyasu, N., & Pincus, H. A. (2018). Measuring and improving the quality of mental health care: a global perspective. *World Psychiatry*, 17(1), 30–38. <https://doi.org/10.1002/wps.20482>
- Klaassen, A., Tiko, A., Mäe, K., Krais, M., Salumaa, M., Kokk, P., Agan, S., Arandi, T., Tõnisson, U. & Uusküla, Ü. (2010). *Tegevusjuhendaja käsiraamat.* Tervise

- Arengu Instituut. https://intra.tai.ee/images/prints/documents/130156046355_Tegevusjuhendaja_kasiraamat_est.pdf
- Konstabel, K., Tulviste, J., Laidra, K., Havik, M., Reile, R., Leinsalu, M., Murd, C., Tamson, M., Panov, L., Sultson, H., Kreegipuu, K., Uusberg, A., Akkermann, K., Kasekamp, G., Ainsaar, M., Roots, A., Nahkur, O., Maasing, H., Bruns, J., ..., Lehto, K. (2022). *Eesti rahvastiku vaimse tervise uuring. Lõpparuanne*. Tartu Ülikool, Tervise Arengu Instituut. <https://tai.ee/et/valjaanded/eesti-rahvastiku-vaimse-tervise-uuring-lopparuanne>
- Kõpp, H., & Maron, E. (2023). Patsiendikeskne lähenemine psühhiaatrias. *Eesti Arst*, 102(10), 528–535. <https://doi.org/10.15157/ea23143>
- Laherand, M-L. (2008). *Kvalitatiivne uurimisviis*. DSpace. <http://hdl.handle.net/10062/68249>
- Laidra, K. (2016). Vaimne ja kognitiivne tervis. L. Sakkeus & L. Leppik (toim), *Pilk hallile alale. SHARE Eesti uuringu esimene ülevaade ja soovitusel eakate poliitika kujundamiseks* (lk 71–91). Tallinna Ülikooli Eesti demograafia keskus.
- Lune, H., & Berg, B. L. (2017). *Qualitative Research Methods for the Social Sciences* (9th ed.). Pearson Education Limited
- Mueser, K.T., Deavers, F., Penn, D.L. & Cassisi, J.E. (2013). *Psychosocial Treatments for Schizophrenia. Annual Review of Clinical Psychology*, (9), 465–497.
- Olev, A., & Alumäe, T. (2022). Estonian Speech Recognition and Transcription Editing Service. *Baltic Journal of Modern Computing*, 10(3), 409–421. <https://doi.org/10.22364/bjmc.2022.10.3.14>
- Preimann, E. (2024). Mis on olnud ja mis ootab ees erihoolekandes. *Sotsiaaltöö* (1), 10–14.
- PricewaterhouseCoopers Advisors. (2021). *KOV koostöövõimaluste mõjude analüüs pikaajaliste hooldusteenuste korraldamisel. Lõpparuanne*. <https://www.fin.ee/media/2702/download>
- Purge, P., Kurmiste, A., Paat-Ahi, G., Tsuimann, K. & Nuiamäe M. (2023). *Abi ja toetusvajaduse hindamisvahendi analüüs ning hoolduskoormuse hindamise meetodika ja hindamisvahendi väljatöötamine. Lõppraport*. Sotsiaalministeerium. <https://www.sm.ee/media/3538/download>
- Rebbas, T., & Narusson, D. (2020). *Coaching ehk mõttetreening personaalse taastumise*

- toetuseks. *Sotsiaaltöö*, (1), 49–52.
- Samartzis, L., & Talias, M. A. (2020). Assessing and Improving the Quality in Mental Health Services. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), Article 249. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010249>
- Sinisaalu, V. (2019). Kaamosmasendus. *Eesti Arst*, 98(11), 672–674. <https://doi.org/10.15157/ea.v0i0.16279>
- Sotsiaalhoolekande seadus. (2015). *Riigi Teataja I*, 30.12.2015, 5; *Riigi Teataja I*, 14.12.2023, 3. <https://www.riigiteataja.ee/akt/SHS>
- Sotsiaalkindlustusamet. (2018). *Eesti erihoolekandeteenuste kvaliteedijuhis*. <https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/media/1257/download>
- Sotsiaalkindlustusamet. (2023a). *Erihoolekandeteenuste konsultandid*. <https://sotsiaalkindlustusamet.ee/media/2606/download>
- Sotsiaalkindlustusamet. (2023b). *Puuetega inimeste üldine statistika 31.12.2023* [andmebaas]. https://www.epikoda.ee/spetsialistile/statistika/2023-iv-kv_statistika-epikojale.xlsx
- Sotsiaalministeerium. (2020). *Vaimse tervise roheline raamat*. https://www.sm.ee/sites/default/files/news-related-files/vaimse_tervise_roheline_raamat_0.pdf
- Sotsiaalministeerium. (2023). *Heaolu arengukava 2023–2030*. <https://www.sm.ee/media/2900/download>
- Sotsiaalministeerium. (2024). *Sotsiaalhoolekande programm 2024–2027*. <https://www.sm.ee/media/3552/download>
- Tervise Arengu Instituut. (2016). *Narkomaaniravi andmekogu 2014–2015. aastate aruanne*. <https://www.tai.ee/et/valjaanded/narkomaaniravi-andmekogu-2014-ja-2015-aasta-aruanne>
- Trinidad Wiseman. (2017). *Teenuse disain erihoolekandeteenuste ja teenusesüsteemi ümberkorraldamiseks ja arendamiseks*. Sotsiaalministeerium. https://www.omastehooldus.eu/sites/default/files/public/erihoolekandeteenuse_disain_lopparuanne.pdf
- Tsuiman, K. (2016). Deinstitutionaliseerimine kui kogukonnapõhine teenuste osutamine abivajadusega inimestele. *Sotsiaaltöö*, (1), 20–22.
- Tsuiman, K. (2018). Isikukeskse erihoolekande teenusmudel kaheksas omavalitsuses.

- Sotsiaaltöö, (2), 33–36.
- Tsuiman, K. (2020). QualityRights – Maaailma Terviseorganisatsiooni algatus inimõiguste edendamiseks. *Sotsiaaltöö*, (1), 82–86.
- Tsuiman, K., & Rägastik, G-K. (2019). Samm-sammult kvaliteetsema teenusekorralduseni erihoolekande näitel. *Sotsiaaltöö*, (1), 33–37.
- Veldre, V., Masso, M. & Osila, L. (2015). Vaimse tervise häiretega inimesed tööturul. Poliitikauuringute Keskus Praxis. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Toovaldkond/tp_f-too_loppraport_praxis_v_1505.pdf
- World Health Organization. (2012). *WHO QualityRights Tool Kit*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548410>
- World Health Organization. (2022). *Vaimse tervise parandamise kogukonna juhend*. WHO Euroopa Regionaalbüroo. <https://www.sm.ee/media/3385/download>
- Õunapuu, L. (2014). *Kvalitatiivne ja kvantitatiivne uurimisviis sotsiaalteadustes*. DSpace. <http://hdl.handle.net/10062/36419>
- Μπουραζάνα, Δ., Βλάχος, Η., Αριστοτελίδης, Π., Κουρέτα, Α., Λεμπέση, Ε., Χονδράκη, Π., Τσαντήλα, Σ., Παπαγεωργίου, Χ., Μαργαρίτη, Μ. (2021). Πρόσβαση νέων ασθενών σε υπηρεσίες ψυχιατρικής παρακολούθησης: Βελτιώνοντας τους ποιοτικούς δείκτες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Uute patsientide juurdepääs psühhiaatrilistele raviteenustele: vaimse tervise teenuste kvaliteedinäitajate parandamine). *Psychiatriki*, 32(2), 123–131. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2021.021>

Lisa 1. Ekspertintervjuu küsimused Sotsiaalkindlustusameti konsulantide tiimijuhile

Inimesi hinnatakse teenustele seitsme eluvaldkonna põhiselt – mis siis lõppkokkuvõttes üle kaalub või kuidas see seitsme eluvaldkonna põhine hindamine välja näeb? Kuidas sellest lõpuks selgub, millisele teenusele inimene suunata on vaja? (Civitta, 2021, lk 15)

Millised on peamised takistused, miks kliendid teenusele suunatakse, mis ei vasta nende võimekusele või toob kaasa probleeme? (Epro, 2018, lk 77)

Milline on koostöö riigi ja kohaliku omavalituse vahel seoses erihoolekandeteenustega? (Sotsiaalministeerium, 2023, lk 21–22)

Rääkige lähemalt, mida kujutab endast isikukeskne erihoolekande teenusmudel ja kuidas see aitab kaasa erihoolekandeteenustele? (Civitta 2021, lk 52–53)

Milline on Teie hinnang erihoolekandeteenustele, kas Teie hinnangul on teenused muutunud kvaliteetsemaks ja efektiivsemaks või on veel mõni murekoht, mis vajab lahendamist? Põhjendage lühidalt oma vastust. (European Social Network, 2020, lk 4)

Lisa 2. Fookusgrupi intervjuu küsimused Sotsiaalkindlustusameti teenuste konsultantidele

Milline näeb välja erihoolekandeteenuste suunamise protsess? (Sotsiaalhoolekande seadus, 2015, § 70 ja § 71)

Milline on põhiline diagnoos, millega Sotsiaalkindlustusameti poole pööratakse, et erihoolekandeteenuste pääseda? (Konstabel *et al.*, 2023, lk 20; Freeman *et al.*, 2017, lk 2393)

Kui klient on suunatud teisele teenusele, siis kui kiiresti ta uuele teenusele pääseb? (Μπουραζάνα *et al.*, 2021, lk 123)

Kui tihti tuleb ette olukordi, et teenusele suunatud kliendile on vaja teha uus hindamine enne hindamistähtaega? (Sotsiaalministeerium, 2023, lk 21) Mis on Teie arvamus, miks nii tihti/harva?

Millised on peamised takistused, miks kliendid teenusele, mis ei vasta nende võimekusele või toob kaasa probleeme, suunatakse? (Sotsiaalministeerium, 2023, lk 21)

Milline on Teie hinnang erihoolekandeteenustele, kas Teie hinnangul on teenused muutunud kvaliteetsemaks ja efektiivsemaks või on veel mõni murekoht, mis vajab lahendamist? (Sotsiaalministeerium, 2023, lk 21). Põhjendage lühidalt oma vastust.

Kui palju pööratakse tähelepanu WHO Quality Rights metoodikale klientide hindamisel? (World Health Organization 2012, lk 19)

Kuidas saab Sotsiaalkindlustusamet aidata erihoolekandeteenustel olevate inimeste kaasamisele kogukonda?

Kui tihti leiab aset olukord, kus teenusüksus palub konsultantide abi kliendikaasuses?

Lisa 3. Fookusgrupi intervjuu küsimused Tõrva Kodu ja Valga Jaama Kodu tegevusjuhendajatele

Millistes tingimustes asub Teie teenusüksus? (Atonen, 2016, lk 24)

Milline on Teie arvamus teenuste sobivusest nendele klientidele, kes elavad teie teenusüksuses? Kui õigele teenusele on kliendid suunatud? (Sotsiaalministeerium, 2023, lk 21–22)

Teenuste mittesobivuse osas kirjeldage, mida see tähendab ja kuidas teenuse mittesobivus väljendub? Kui suur on see probleem ja mis on peamiseks probleemiks – teenus või hoopis keskkond, kus teenust pakutakse?

Kui palju on Teie arvates üksuses selliseid kliente, kes sobiksid elama madalama toetusvajadusega teenusele? (Wiseman, 2017, lk 17)

Kui palju on Teie arvates üksuses selliseid kliente, kes sobiksid elama suurema toetusvajadusega teenusele? (Wiseman, 2017, lk 17)

Kuidas mõjutab psüühikahäire Teie üksuse klientide toimetulekut ja iseseisvust? (Mueser *et al.*, 2013, lk 466)

Kui tihti tuleb ette olukordi, kus peate toetama suurema toetusvajadusega inimest madalama toetusvajadusega inimesele mõeldud aja arvelt? (Civitta, 2021, lk 52–53)

Milline on teie hinnang Sotsiaalkindlustusameti suunamisotsustele, kuidas kliendid Teie üksuse teenusele sobivad? Põhjendage lühidalt oma vastust. (Bugarszki *et al.*, 2016, lk 23)

Kuidas hindate muudatusi igapäevaelus, mille reorganiseerimine kaasa tõi? Klientide kaasatus ja osalemine avatud tööturul? (Bugarszki *et al.* 2016, lk 27; Veldre *et al.*, 2015, lk 30).

Kuidas hindate muudatusi igapäevaelus, mille reorganiseerimine kaasa tõi? Klientide kaasatus ja osalemine kooliõpingutes? (Bugarszki *et al.*, 2016, lk 23)

Kui hea on Teie üksuse läbisaamine kohaliku kogukonnaga?

Lisa 3 järg

Kui tihti kaasatakse Teie kliente kogukonnaäritustesse? Kuidas kaasamine toimub?

Millised on põhilised kogukonnaga seotud tegevused, kuhu Teie üksuse kliente kaasatakse? (Bugarszki *et al.*, 2016, lk 23)

Milline tervishoiutöötajate suhtumine Teie üksuse klientidesse? (Clement *et al.*, 2015, lk 12)

Milliseid muudatusi ja parendusi Te teeksite oma üksuses teenuste kvaliteedi tõstmiseks? (Sotsiaalkindlustusamet, 2018, lk 2–18) Toon välja kvaliteedi põhimõtted, palun kommenteerige iga põhimõtet lühidalt, kuidas ja kas on Teie üksuses neid põhimõtteid rakendatud ja mis vajaks parendamist:

1. Kättesaadavus ja taskukohasus
2. Teenuse osutamise keskkond
3. Inimesekeskne, vajaduspõhine ja terviklik lähenemine
4. Teenuse võimestav iseloom, kaasamine ja inimese õigused
5. Tulemustele orienteeritus
6. Töötajate pädevus ja eetika
7. Organisatsiooni juhtimine ja hea töökorraldus

Kuidas muudaksite Teie teenustele suunamist, et teenused oleksid efektiivsed ja vastaksid klientide abivajadusele?

Kas soovite midagi lisada, mida ma eelnevalt Teie käest ei küsinud, aga mida peate oluliseks?

SUMMARY

QUALITY OF SPECIAL CARE SERVICES BASED ON THE EXAMPLES OF AS HOOLEKANDETEENUSED TÕRVA HOME AND VALGA JAAMA HOME

Simone-Melissa Õispuu

The topic of this thesis stems from the fact that a fragmented system between the state and local governments has led to situations where the assessment of support needs is incomplete, and people may not be directed to the most suitable service for them. Mental health is regarded as a positive influence characterized by the ability to control one's life and environment, along with a general sense of well-being. A psychological special need is a broad term for a mental health disorder that can manifest in various fears or as mental health issues resulting from different addiction disorders. As of the last quarter of 2023, there were 24,446 people with psychological special needs living in Estonia. Estonia offers specialized care services for people with psychological special needs, funded and provided by the state. These services are available to individuals who have received a decision from the Social Insurance Board indicating a need for such services. Fragmented system between different fields leaves the assessment of needs for assistance and support incomplete, which may result in not providing the necessary services to those in need. The specialized care services are underfunded by the state, resulting in the inability to provide the necessary support to those in need, and in some cases, one person may receive assistance at the expense of another. The deinstitutionalization carried out to ensure better living, learning, and working conditions for people with psychological special needs has not provided enough service providers, thus making it difficult to access specialized care services.

The research problem is linked to the poor accessibility of specialized care services and the unclear assessment of comprehensive support needs, which can lead to directing people to services that are not appropriate for them. The goal of the study was to analyze

the quality of specialized care services and their suitability for those who are directed to them, and to make recommendations to the Social Insurance Board based on the research findings. The study posed two research questions: How do activity supervisors from AS Hoolekandeteenused assess the quality of specialized care? What does the referral process look like from application to arrival at a service location?

The study consisted of two parts: theoretical and empirical. The theoretical section provided an overview of psychological special needs, the development directions, and the quality of specialized care services. The empirical part dealt with the referral process for specialized care services and the assessment of service quality. The second chapter introduced the company AS Hoolekandeteenused, provided an overview of those entitled to receive specialized care services, evaluated service quality and client suitability for services, and described the development and main challenges of specialized care. The chapter concluded with a discussion summarizing the conclusions drawn from the research findings.

The study used a qualitative research method, with data collected through expert interviews and semi-structured focus group interviews. The choice of a qualitative method was due to the need to evaluate the experiences and emotions of specialists. The sampling technique was purposeful sampling to gather information from people who deal with the issues discussed in this work, aiming to get as accurate answers as possible. The sample included consultants from the Social Insurance Board who work in the area addressed in this study, the team leader of consultants in the same area, and activity supervisors from Valga Jaama Kodu and Tõrva Kodu. A total of 27 activity supervisors, seven consultants, and one team leader participated in the study.

The results from this study revealed that the company ensures the quality of services. It was suggested that quality could be improved by ensuring employee safety and creating a safer environment for service recipients. By a safer environment, it was meant that there were suggestions of service units having the possibility to be located outside of urban areas in addition to the units inside of urban areas. Problems included the insufficient number of activity supervisors, leading to an inability to provide the needed support to those in need. People with higher support needs are supported at the expense of those with lower needs, indicating low-quality service. Additionally, it was highlighted that

there are very few services intended for people with autism spectrum disorders in Estonia, leading to significant problems in providing assistance to this group.

Based on the study's findings, the author makes the following recommendations to the Social Insurance Board:

1. When referring people to specialized care services, ensure in advance that the physical environment and available support options are suitable for the client.
2. In re-evaluations after five years, meet with the person being evaluated in person and avoid relying solely on old documents to make the assessment decision.
3. Where possible, consider directing clients to the service with a trial period, during which activity supervisors assess the client's suitability for the respective service unit.

The goal of the study was achieved; the two homes activity supervisors provided an assessment of the quality of services and an overview of clients suitability for the services. Based on the obtained results, recommendations are made to the Social Insurance Board to improve the service referral process.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Simone-Melissa Õispuu,

1. Annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose „Erihoolekandeteenuste kvaliteet AS Hoolekandeteenused Tõrva Kodu ja Valga Jaama Kodu näitel“, mille juhendaja on Liina Käär, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 4.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Simone-Melissa Õispuu

17.05.2024