

Tartu Ülikool

Sotsiaalteaduste valdkond

Ühiskonnateaduste instituut

Sotsiaaltöö ja sotsiaalpoliitika

Tuuli Ainsaar

**Teekond institutsioonist personaalse taastumise suunas**

Juhendaja: Dagmar Narusson, MA

Tartu 2018

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

Mina, Tuuli Ainsaar

*(autori nimi)*

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

---

**Teekond institutsioonist personaalse taastumise suunas**

---

*(lõputöö pealkiri)*

mille juhendaja on \_\_\_\_\_ Dagmar Narusson\_\_\_\_\_

*(juhendaja nimi)*

- 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.
  4. Tartus, **24.05.2018**

## ABSTRACTA

### **Journey Towards Recovery From An Institution**

This thesis looks at the organisation of life of persons with mental disorders using the community living service having moved to an urban environment after deinstitutionalisation. In the process of deinstitutionalisation, the reason for relocating a person with a mental disorder into a community is to offer them a "*normal*" way of life that would support their personal recovery. Previous studies have shown that even though the place for providing the service has been moved from the institutions, which are located far from communities, to urban environments, the inclusion level remains low for a person with a mental disorder, and they have to deal with discrimination and exclusion. Increasing social inclusion is important to avoid transinstitutionalisation and to support a person with a mental disorder in managing as independently as possible (Pimeau jt, 2013, Salisbury et al, 2016, Slade, 2013.)

Special care services are being deinstitutionalised in Estonia during the period of 2014-2023. By using European structural support funds, Estonia has taken on the responsibility to adhere to the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities as well as the principles of deinstitutionalisation (Special Care Development Plan 2014-2020). Deinstitutionalisation is an expression of the philosophy of an era of social and political reforms, emphasizing a person's right to self-determination and having control over his or her life (Neufeld, 1977). One of the more significant changes taking place during this period is the closing down of large nursing homes and the provision of special care services in urban environments in a manner that supports an increase in the self-sufficiency of a persons with mental disorders. The changes taking place in the area of special care as a part of the deinstitutionalisation process are of great interest for me personally, as I have contacts with this area in my work and I would like to know the various opportunities for supporting persons with mental disorders in becoming as self-sufficient as possible.

**The goal of my thesis is to understand the everyday life of a person with a mental disorder who is using the community living service.**

The study questions of my thesis are the following:

1. How is participation in community life supported for a person using the community living service?
2. How are the principles of personal recovery applied within the community living service?

The thesis consists of four parts. The first part provides an overview of literature concerning the situation of persons with mental disorders in a society, the goals of the deinstitutionalisation process, the promotion of social inclusion, the discrimination and exclusion of persons with mental disorders, and the concept of personal recovery. In the second part of the thesis, I describe the research method and reflect my own thoughts related to data collection and analysis. Two main methods of data collection were used for carrying out the research for the thesis - everyday observation and semi-structured interviews. The everyday observation was carried out in a place of provision of the community living service over a period of 6 days on two separate weeks. In the course of the everyday observation, I studied the interaction of social work specialists with persons with mental disorders in everyday operations. I also carried out semi-structured interviews with three specialists providing the customer work.

For analysing the interviews and observation data, I used the method of thematic data analysis and the results are provided in the subsections of the third part of the thesis. These are: supporting a customer's development through drawing up activity plans; participation of persons with mental disorders in the neighbourhood and leisure time activities; planning and usage of money of persons with mental disorders using the community living service; social life contracts in the context of the community living service, and the level of activity of workers as well as customers in the everyday life of the community. In the fourth chapter of the thesis, I draw conclusions on the more important topics obtained through the preceding analysis, which are the following: the transition period of moving from an institution to a service being provided in an urban environment; supporting the customer through drawing up an activity plan, and

increasing the activity levels of persons with mental disorders through increasing responsibility.

I would like to express my sincere thanks to my supervisor Dagmar Narusson without whose guidance and motivational skills this thesis would not have been completed. I also thank Merle Linno, who offered support when it was needed and motivated me to go on. Another thank you to my reviewer Häli Tarum whose astute remarks helped the completion of the thesis. I am grateful to my employer AS Hoolekandeteenused, my family and my friends for their understanding and supportive attitude.

## SISUKORD

1 Psüühikahäirega inimesed ja erihoolekandeteenused .....	11
1.1 Vaimne tervis ja psüühikahäired .....	11
1.1.1 Psüühikahäiretega inimeste olukord ühiskonnas .....	12
1.1.2 Erihoolekandeteenused Eestis.....	13
1.2 Deinstitutsionaliseerimine .....	15
1.2.1 Erihoolekandeteenuste pakkumine institutsioonides .....	15
1.2.2 Deinstitutsionaliseerimise protsessi eesmärgid .....	17
1.2.3 Deinstitutsionaliseerimine ja kogukondlikud teenused .....	18
1.2.4 Psüühikahäiretega inimeste sotsiaalse kaasatuse suurendamine .....	19
1.2.5 Psüühikahäiretega inimeste diskrimineerimine ja tõrjutus .....	21
1.2.6 Erihoolekandeteenuste arengud Eestis.....	22
1.3 Personaalse taastumise toetamine .....	25
1.3.1 Taastumispõhine käsitlus .....	25
1.3.2 Taastumise protsess .....	26
1.3.3 Personaalse taastumise elemendid .....	27
2 METOODIKA .....	31
2.1 Uurimismeetod .....	31
2.2 Uurimuses osalejad ja andmete kogumine .....	31
2.3 Analüüsimeetod .....	33
2.4 Eneserefleksioon .....	34
3 TULEMUSED .....	38
3.1 Intervjuudest saadud tulemused .....	38
3.1.1 Tegevusplaan ja kliendi arengu toetamine.....	38
3.1.2 Osalus piirkonnas ja vaba aeg.....	41
3.1.3 Raha planeerimine ja kasutamine .....	44
3.2 Vaatluse käigus saadud tulemused .....	46
3.2.1 Ühiselu kokkulepped .....	46
3.2.2 Kaupluses käimine .....	47
3.2.3 Töötaja aktiivsus ja kliendi aktiivsus.....	49
4 ARUTELU .....	52
4.1 Tegevusplaan.....	53
4.2 Aktiivsus ja vastutus.....	54
KOKKUVÕTE.....	56

KASUTATUD ALLIKAD.....	58
Lisa 1 Traditsiooniline lähenemine ja taastumist toetav lähenemine .....	66
Lisa 2 Vaatluse vorm .....	67
Lisa 3 intervjuukava.....	68

## SISSEJUHATUS

Käesolev magistritöö käsitleb psüühikahäiretega inimeste elukorraldust kogukonnas elamise teenusel peale deinstitutionaliseerimise raames toimunud linnakeskkonda kolimist. Deinstitutionaliseerimise protsessis on inimeste institutsioonidest kogukondadesse paigutamise eesmärgiks pakkuda psüühikahäiretega inimestele „normaalset“ elukorraldust, mis toetaks nende personaalset taastumist. Erinevate uuringute tulemusel on leitud, et hoolimata teenuse osutamise asukoha üleviimisest kogukondadest kaugel asuvatest institutsioonidest linnakeskkonda, on psüühikahäiretega inimeste sotsiaalne kaasatus madal ning nad puutuvad kokku diskrimineerimise ja tõrjutusega. Sotsiaalse kaasatuse suurendamine on oluline transinstitutionaliseerimise vältimiseks ning psüühikahäiretega inimeste võimalikult iseseisva toimetuleku toetamisel (Pimeau jt, 2013, Salisbury jt, 2016).

Ajavahemikus 2014-2023 leiab Eestis aset muutus erihoolekandeteenuste deinstitutionaliseerimise näol. Euroopa struktuuritoetuste kasutamisega on Eesti võtnud kohustuse järgida ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsiooni ning deinstitutionaliseerimise põhimõtteid (Sotsiaalministeerium, 2014). Deinstitutionaliseerimine on sotsiaal- ja poliitiliste reformide ajastu filosoofia väljendus, mis rõhutab inimeste enesemääratlemise ja oma elu kontrollimise õigust (Neufeld, 1977). Üheks olulisemaks muutuseks selle perioodi jooksul on suurte hooldekodude sulgemine ning erihoolekandeteenuste pakkumine linnakeskkondades viisil, mis aitab kaasa psüühikahäiretega inimeste iseseisvuse suurenemisele.

Deinstitutionaliseerimise protsessis toimuvad erihoolekande valdkonnaga seonduvad arengud on mulle seoses minu tööga olulised, kuna puutun antud valdkonnaga oma töös igapäevaselt kokku ning soovin uurida, milliseid erinevaid lahendusi on psüühikahäiretega inimeste võimalikult iseseisva toimetuleku toetamiseks võimalik rakendada.

**Minu magistritöö eesmärk on mõista kogukonnas elamise teenusel viibivate psüühikahäiretega inimeste argipäevas toimuvat.**

**Minu magistritöö uurimisküsimused on:**

1. Kuidas toetatakse kogukonnas elamise teenusel viibivate inimeste osalemist kogukonnaelus?
2. Kuidas rakendatakse kogukonnas elamise teenusel personaalse taastumise protsessi põhimõtteid?

Käesolev magistritöö koosneb neljast osast. Esimeses osas annan kirjanduse ülevaate vaimse tervise probleemidega inimeste olukorrast ühiskonnas, deinstitutionaliseerimise protsessi eesmärkidest, sotsiaalse kaasatuse edendamisest, psüühikahäiretega inimeste diskrimineerimisest ja tõrjutusest ning personaalse taastumise käsitlest. Magistritöö teises osas kirjeldan uurimismeetodit ja reflekteerin oma mõtteid seoses andmete kogumise ja analüüsimisega. Magistritöö uurimust läbi viies kasutasin kahte andmekogumise meetodit, milleks olid argipäevavaatlus ja poolstruktureeritud intervjuud. Argipäevavaatluse viisin läbi kogukonnas elamise teenuse osutamise kohas 6 päeva jooksul, kahel erineval nädalal. Argipäevavaatlusel uurisin sotsiaaltööd tegevate spetsialistide interaktsiooni psüühikahäiretega inimestega igapäevaelu toimingutes. Lisaks sellele viisin läbi poolstruktureeritud intervjuud kolme klienditööd tegeva spetsialistiga.

Intervjuude ja vaatlusandmete analüüsiks kasutasin temaatilise andmete analüüsi meetodit, mille tulemused toon välja magistritöö kolmanda osa alapeatükkides, milleks on: kliendi arengu toetamine läbi tegevusplaanide koostamise; psüühikahäiretega inimeste osamine piirkonnas ja vaba aja veetmine; kogukonnas elamise teenusel olevate psüühikahäiretega inimeste rahaplaneerimine ja kasutamine; ühiselu kokkulepped kogukonnas elamise teenusel ning töötaja ja kliendi aktiivsus kogukonnas elamise igapäevaelus. Magistritöö neljandas peatükis arutlen eelnenud analüüsi tulemusena saadud olulisematel teemadel, milleks on: üleminekuperiood institutsioonist linnakeskkonnas pakutavatele erihoolekandeteenustele; kliendi iseseisvuse toetamine läbi tegevusplaanide koostamise ning psüühikahäiretega inimeste aktiivsuse suurendamine läbi vastutuse suurendamise.

Soovin siinkohal südamest tänada enda juhendajat Dagmar Narussoni, tänu kelle juhendamisele ja motiveerimisele käesolev töö valmis. Samuti tänan Merle Linnot, kes

raskel hetkel oli toeks ja motiveeris mind edasi pürgima. Suured tänud Häli Tarum`ile, kelle asjakohased märkused aitasid kaasa töö valmimisele ning AS Hoolekandeteenustele, oma perekonnale ja sõpradele, kes toetasid mõistva suhtumisega.

# 1 Psüühikahäirega inimesed ja erihoolekandeteenused

## 1.1 Vaimne tervis ja psüühikahäired

Vaimne tervis on inimese tervise lahutamatu osa, mis väljendab tema heaoluseisundit emotsionaalsel, psühholoogilisel ja sotsiaalsel tasandil, (Galderisi, Heinz, Kastrup, Beezhold, ja Sartorius, 2015; WHO, 2014) hõlmates võimet hallata oma mõtteid, emotsioone, käitumist ning suhtlemist teistega (Galderisi jt, 2015). Emotsionaalne heaolu väljendub inimese enesekindluses, positiivsetes mõtetes, üldises rahulolus oma eluga, osavõtlikkuses ning keeruliste olukordadega toimetulekus (Stewart-Brown, 1998). Psühholoogiline heaolu peegeldub inimese iseenda ja ümbritseva aktsepteerimisvõimes, suutlikkuses juhtida oma elu ning võtta vastutus oma kohustuste ees (Seifert, 2005). Inimese psühholoogilist heaolu mõjutavad nii suhted teistega kui üldine rahulolu oma eluga (Seifert, 2005). Sotsiaalne heaolu hõlmab ühiskonda panustamist (sotsiaalne panus), enda tundmist ühiskonnaliikmena (sotsiaalne integratsioon) ning usku, et ühiskonda panustamisel muutub see kõikide inimeste jaoks paremaks kohaks (Galderisi jt, 2015).

Maailma Terviseorganisatsiooni aruandes rõhutatakse psüühikahäiretega inimestest rääkimisel vaimse tervise probleemide asemel heaolu seisundit (Asiamah jt, 2014). Samuti on vaimse tervise arengukavas vaimse tervise probleeme iseloomustatud heaolu mõistest lähtuvalt - kombinatsioon ebatavalistest mõtetest, emotsioonidest, käitumisest ja suhetest teistega (WHO, 2013). Vaimse tervise probleemide põhjustajateks võivad olla muuhulgas traumad, depressioon ja sõltuvushäired, mis omakorda võivad põhjustada puude väljakujunemist (WHO, 2018). Puude väljakujunemise protsessi iseloomustab olukord, kus pikaajalised füüsilised, vaimsed, intellektuaalsed või sensoorsed vaevused kombineeruvad keskkonna ja erinevate olukordade tõketega ning takistavad inimese täielikku ja tõhusat toimetulekut ning ühiskonnas osalemist (Merrick ja Merrick, 2007, (Office of the high Commissioner, 1996).

Maailma Terviseorganisatsiooni poolt koostatud ning Eestis kasutusel olevas rahvusvahelises klassifikatsioonis RHK-10 (F00-F99) on ühise nimetuse „Psüühika- ja käitumishäired“ all välja toodud nii intellektipuuded, orgaanilised ajukahjustused kui ka vaimuhaigus (Tartu Ülikooli psühhiaatrikliinik, 1996). Kuigi tänapäeval seostatakse psüühikahäireid kliinilises meditsiinis jätkuvalt aju struktuuride ja bioloogiliste

protsessidega, liigutakse arengutega üha enam suunas, et vaimse tervise haigustega inimeste käsitus peaks jõudma klassifikatsioonidest ja tehnoloogilisest paradigmat mittetehniliste aspektideni ning vaimse tervise probleeme tuleks vaadelda kui protsessi, mille eesmärk on psüühikahäiretega inimeste tugevustest lähtuvalt pakkuda neile nende jaoks võimalikult rahuldavat elu (Galderisi jt, 2015). Tänu empiiriliste tõendite kasvamisele, mis tõestavad, et vaimse tervise probleemide korral ei ole esmatähtsad tehnilised aspektid, on muutunud arusaamad psüühiliste erivajadustega inimeste taastumise võimalikkusest ja toetamise vajadustest (Bracken jt, 2012).

Käesolevas magistritöös on intellektipuuete ja vaimuhaigusega inimeste määratlemisel kasutatud kolme terminit: raske vaimse tervise probleemidega inimesed, psüühikahäiretega inimesed ning töö fookust silmas pidades mõistet *klient*. Kliendi mõiste hõlmab antud töö kontekstis psüühikahäiretega inimesi, kellele pakutakse kogukonnas elamise teenust.

### **1.1.1 Psüühikahäiretega inimeste olukord ühiskonnas**

Psüühikahäiretega inimeste arv on aastatega kasvanud ning hinnanguliselt puutub psüühikahäire diagnoosimise kaudu vaimse tervise probleemidega kokku umbes 13% maailma elanikkonnast (WHO, 2013). Eestis on viimase seitsme aastaga kasvanud puuetega inimeste osakaal rahvastikus neljandiku võrra ning 2017. aastal oli puuetega inimeste osatähtsus rahvastikust 11,4% (Kreitzberg, 2017). Alates 2010. aastast on psüühika- ja käitumishäire diagnoosiga inimesi juurde lisandunud 3324 last, 8735 täisealist inimest ning 2064 vähemalt 64 aastast inimest (Kreitzberg, 2017). Nii laste kui ka täiskasvanute seas on põhidiagnoosina kasvanud psüühika- ja käitumishäired (Kreitzberg, 2017).

Vaimse tervise probleemidega inimesed kuuluvad tihti nende sekka, kellel on ebatervislikest eluviisidest ning vaimse tervise probleemidest tingitult vähenenud immuunsussüsteem ning suurem risk haigestuda somaatilistesse haigustesse, kuid samas ei ole nad sotsiaalsete barjääride tõttu suutelised abi leidma ega määratud ravi järgima (WHO, 2009). Vaimse tervise probleemidega inimese surevad hinnanguliselt 10–20 aastat keskmisest varem ning suur osa surmadest on seotud halva tervisliku seisundiga või enesetappudega (Gissler, Laursen, Nordentoft, Wahlbeck, Westman, 2011). Gregory O'Brien jt, (2009) rõhutavad vaimse tervise spetsialistide ja tervishoiuteenuste koostöö

olulisust, sest sotsiaaltööga või -hooldamisega tegevatel spetsialistidel ei pruugi olla piisavalt teadmisi, et hinnata inimese tervislikku seisundit või ravivajadusi. Psüühikahäiretega inimeste tervise edendamiseks on vajalik arendada kogukonnale suunatud sotsiaalteenuseid, tagada juurdepääs tervishoiuteenustele ning töötada välja meetmed, mis aitavad ennetada vägivalla- ja enesetapujuhtumeid (Gissler jt, 2011).

2006. aastal läbiviidud uuringutulemuste kohaselt moodustavad vaimse tervise häired 13 % kogu maailma haiguskoormusest ning Mathers ja Loncar, (2006) on prognoosinud, et 2030. aastaks võib vaimse tervise häiretest tingitud haiguskoormus suureneeda veelgi 2% võrra. Hetkeolukorrale ja tulevikuprognoosidele vaatamata on paljudes riikides vaimse tervisega seotud süsteemid ja teenused ebapiisavad ning teenust vajavate ja pakkujate vahel on lõhe, mis ei arvesta psüühikahäiretega inimeste tegelike vajadustega (Almeida jt, 2016; Lamb ja Bachrach, 2001; Mathers ja Loncar, 2006). Nii on tekkinud olukord, kus vaimse tervise probleemidega inimesed ning nende lähedased kannatavad majanduslike ja sotsiaalsete raskuste all ning puutuvad kokku tõrjutuse, kodutuse, vaesuse ja häbimärgistamisega (WHO, 2009; Hall, 2009; Sturm, 2016).

### **1.1.2 Erihoolekandeteenused Eestis**

Sotsiaalhoolekande seaduse kohaselt on erihoolekandeteenused Eestis suunatud inimestele, kes vajavad oma vaimse tervise tõttu igapäevaelus tegevusjuhendaja juhendamist, nõustamist, kõrvalabi või järelevalvet. Teenused on mõeldud raske sügava ja püsiva kuluga psüühikahäirega inimestele, kellel on püsivad haiguse negatiivsed sümptomid, sagedased haigusseisundi ägenemised või puudub haigusteadlikkus ning sellest tulenevalt keeldutakse ravist (Sotsiaalhoolekandeseadus, 2018). Tihti on tegu inimestega, kellel on madalad sotsiaalsed võimed; sõltuvus-, meeleolu- või isiksusehäired (Sotsiaalkindlustusamet, 2018a). Erihoolekandeteenuseid ei ole õigustatud saama vanaduspensionialised inimesed, kellel on diagnoositud ainult dementsus, ega vaimse tervise probleemidega inimesed, kellel on juhtivaks psüühikahäireks alkoholi või narkootilise aine sõltuvus (Sotsiaalhoolekande..., 2018).

Hetkel on Eestis viis erihoolekandeteenust, mis jagunevad ööpäevaringseteks ja toetavateks teenusteks (Sotsiaalhoolekande..., 2018). 2012. aasta ja 2016. aasta H- Veebi erihoolekandeteenuste aruannetest selgub, et 2016. aasta lõpu seisuga osutati

erihoolekandeteenuseid Eestis kokku 6989 inimesele, mis on 16% võrra enam kui 2012. aastal (Sotsiaalministeerium, 2013; Sotsiaalministeerium, 2017).

- 2012. aastal oli toetavate teenuste kasutajate arv **2577** inimest ning 2016. aastal kasutas toetavaid teenuseid **4053** inimest ehk **1476** inimest rohkem kui 2012. aastal (Sotsiaalministeerium, 2013, Sotsiaalministeerium 2017).
- 2012. aastal oli kogukonnas elamise teenuse kasutajate arv **117** inimest ning 2016. aastal **237** inimest ehk **120** inimest rohkem kui 2012. aastal (Sotsiaalministeerium, 2013, Sotsiaalministeerium 2017).
- 2012. aastal oli ööpäevaringsete teenuste kasutajate arv **2491** inimest ning 2016. aastal **2699** inimest ehk **208** inimest rohkem kui 2012. aastal (Sotsiaalministeerium, 2013, Sotsiaalministeerium 2017).

Alloleval tabelis on välja toodud erihoolekandeteenused ja nende kirjeldused lähtuvalt sotsiaalhoolekandeseadusest.

<b>Toetavad teenused</b>	
Toetavate teenuste eesmärk on toetada inimeste võimalikult iseseisvat toimetulekut, parandada elukvaliteeti ja suurenda kaasatust ühiskonda. Teenuseid võib pakkuda teenuse saaja käsutuses oleval pinnal.	
<b>Teenuse nimetus</b>	<b>Teenuse lühikirjeldus</b>
Igapäevaelu toetamine	Teenuse raames juhendatakse ja abistatakse inimese igapäevaelu toimetulekuoskuseid ja tööoskuseid ning nõustatakse nii tema lähedasi kui ka kooselavaid inimesi. Teenust osutatakse 4 tundi kuus.
Töötamise toetamine	Juhendatakse ja nõustatakse inimesi töö otsimisel ja töötamise ajal. Teenust osutatakse 4 tundi kuus
Toetatud elamise teenus	Juhendatakse inimest korraldama oma majapidamist ning igapäevaelu vähemalt 2 tundi nädalas.

*Tabel 1 Toetavad teenused (Sotsiaalhoolekande seadus, 2018)*

<b>Kogukonnas elamise teenus</b>
Teenuse eesmärk on suurendada inimese toimetulekuoskuseid ja igapäevaelu tegevuste oskuseid ühistes tegevustes osalemise kaudu.
<b>Teenuse lühikirjeldus</b>
Teenuse raames tuleb luua soodne peresarnase elukorraldusega teenuse üksus ning teenuseid pakutakse teenuse osutaja poolt koos majutuse ja toitlustusega. Päevasel ajal on teenuse osutajal kohustus tagada üks töötaja kümne kliendi kohta lähtuvalt klientide vajadustest. Öisel ajal peab olema tagatud ühe töötaja kättesaadavus kõikide klientide jaoks (näiteks telefoni teel).

Tabel 2 Kogukonnas elamise teenus (Sotsiaalhoolekande seadus, 2018)

<b>Ööpäevaringsed erihooldusteenused</b>	
Teenuse eesmärk on inimese ööpäevaringne hooldamine ja arendamine koos majutuse ja toitlustamisega eesmärgiga tagada tema iseseisva toimetuleku säilimine ja suurenemine ning turvalise elukeskkonna pakkumine teenuse osutaja territooriumil.	
<b>Teenuse nimetused</b>	<b>Teenuse lühikirjeldus</b>
1.Ööpäevaringne erihooldusteenus 2.Ööpäevaringne erihooldusteenus ebastabiilse remissiooniga raske, sügava või püsiva kuluga psüühikahäirega inimestele 3.Ööpäevaringne erihooldusteenus sügava liitpuudega inimestele 4.Ööpäevaringne erihooldusteenus kohtumäärusega teenusele paigutatud inimestele	Ööpäevaringsed erihooldusteenused on mõeldud kõige raskemate sümptomitega psüühikahäiretega inimestele, kellele ei ole võimalik muude sotsiaalhoolekandeseaduses nimetatud teenustega võimalik tagada iseseisva toimetuleku säilitamist ning turvalist elukeskkonda. Ööpäevaringseid erihooldusteenuseid pakutakse teenuse osutaja territooriumil, kus on 24 tundi ööpäevas tagatud tegevusjuhendaja kohalolu. Kõik nimetatud teenused on mõeldud erinevatele sihtgruppidele ning kõigile neljale teenustele on sotsiaalhoolekande seadusest tulenevalt ka erinevad teenuse osutamise nõuded.

Tabel 3 Ööpäevaringsed erihooldusteenused (Sotsiaalhoolekande seadus, 2018)

## 1.2 Deinstitutionaliseerimine

### 1.2.1 Erihoolekandeteenuste pakkumine institutsioonides

Aastakümneid on pakutud psüühikahäiretega inimestele erihoolekandeteenuseid suurtes, rahvarohketes ja ühiskonnast eraldatud hooldekodudes, mida nimetatakse

institutsioonideks (Bullock ja Mahon, 2017). Davis (1949) kirjeldas institutsiooni kui puuetega inimeste jaoks loodud tehiskonda, mille ühiskond on rajanud psüühikahäiretega inimeste eest hoolitsemiseks (Scott, 2013; Davis, 1949 kaudu). Inimeste institutsioonidesse paigutamise eesmärk oli ressursside koondamise läbi luua regulatiivne, inimeste sarnasustega arvestav ning vastavaid tegevusi pakkuv normatiivne, stabiilne ja turvaline elukeskkond (Scott, 2013; Davis, 1949 kaudu).

Institutsiooni iseloomustab kindlate reeglite järgimine ning karistamine rikkumise korral; sarnaste omadustega inimeste gruppide moodustamine ning privaatsuse puudumine; kõikide inimeste nõ võrdne kohtlemine; autonoomia ja vabaduse puudumine ning samade tegevuste läbiviimine kõigile üheaegselt (Jones ja Flowes, 1984). Institutsioonides kujundavad inimeste elu organisatsiooni võimalused ja nõuded ning reeglina on institutsioonides töötaja ning patsiendi suhe, milles töötaja omab võimu kliendi elu üle (Bullock ja Mahon, 2017; Jones ja Flowes, 1984). Kuna institutsioonid on ehitatud teraapilistel eesmärkidel linnadest ja kogukondadest kaugemale, on psüühikahäiretega inimesed sageli eraldatud oma perekonnast ja sõpradest ning sunnitud koos elama inimestega, keda nad enda kõrvale valinud ei ole (Time to Move on from Congregated Settings, 2011; Jones ja Flowes, 1984). Psüühikahäiretega inimesed on institutsioonides elades puutunud kokku tõsiste inimõiguste rikkumistega nagu meelevaldne kinnipidamine või liikumisvabaduse piiramine, piinamine, alandamine ning kahjulike ravimeetodite kasutamine (WHO, 2009 ; Bullock, Mahon, 2017; Bachrach, 1976; Neufeld, 1977).

Lamb ja Bachrach (2001) ütlevad, et institutsioonides teenuse pakkumine muudab psüühikahäiretega inimesed passiivseteks kodanikeks, sest nad on harjunud tegema vaid seda, mida neil kästakse teha. Jones ja Flowes (1984) viitavad Erving Goffmani teooriat kirjeldades, et institutsioonides elavad inimesed võõrduvad reaalsest elust ning käituvad vastavalt institutsioonides õpetatule. Tihti kaotavad nad elueesmärgid, usalduse ja kontakti inimestega, lastes end teistel juhtida (Jones ja Flowes, 1984 ). Nende haigusest saab nende identiteet (Jones ja Flowes, 1984 ).

Institutsioonis patsiendi rollis olemine, kus igapäevaelu juhivad ja otsustavad töötajad või organisatsioon, on tekitanud muuhulgas olukorra, milles psüühikahäiretega inimesed on kaotanud oma iseseisvuse ning lootuse paremale tulevikule (Lamb ja Bachrach, 2001;

Chow jt, 2013). Nad leiavad, et neist ei sõltu midagi (Jones ja Flowes, 1984). 1956. aastaks oli Ameerikas institutsioonidesse suunatud umbes 559 000 psüühikahäirega inimest (Bachrach, 1976), kes olid kaotanud oma vabaduse, kuid ei saanud haigusega toimetulemiseks vajalikku abi ja toetust, kuna psüühikahäiretega inimeste taastumisse ei usutud (Bazelon ja Koyanagi, 2007). Maailma Terviseorganisatsioon ütleb, et institutsioonides teenuse pakkumine on kulukas, ebaefektiivne ning ebainimlik (WHO, 2009).

### **1.2.2 Deinstitutionaliseerimise protsessi eesmärgid**

1950. aastatel sai alguse deinstitutionaliseerimise liikumine, mis oli seotud institutsioonide negatiivsete omaduste teadlikkuse suurenemisega (Fakhoury ja Priebe, 2007). Neufeld (1977) kirjeldab, et deinstitutionaliseerimine on sotsiaal- ja poliitiliste reformide ajastu filosoofia väljendus, mis rõhutab inimeste enesemääratlemise ja oma elu kontrollimise õigust ning deinstitutionaliseerimise protsessi põhieesmärk on psüühikahäiretega inimeste keskkondade normaliseerimine. Normaliseerimise põhimõteteks on, et iga inimene ühiskonnas peab saama elada võimalikult tavapärastes tingimustes, olenemata tema erivajadustest või ühiskondlikust staatusest (Nirje, Perske, ja Roos, Wolfensberger, 1972). Nirje (1999) kirjeldab, et psüühikahäiretega inimestele peab olema tagatud ühiskonnas tavaks olev elukorraldus, mis arvestab nende kultuurilise kuuluvusega, vanusega, enesemääratlemisega ja elutsüklile omaste kogemuste omandamisega. Lisaks sellele rõhutab Nirje (1999), et psüühikahäiretega inimesed peavad saama elada ühiskonnas tavaks olevas majandus- ja õigusruumis. Normaliseerimise filosoofia aitas kaasa arusaamade kujundamisele, millega toetati psüühikahäiretega inimeste kogukonnas ja tööturul osalemist ning hariduse omandamist (Flynn ja Leamy, 1999). Teenuse osutamine väljaspool institutsiooni on seotud kõrgema hoolduse kvaliteedi ja teenuse kasutajate autonoomia suurenemisega (Salisbury jt, 2016).

Ühest küljest on deinstitutionaliseerimise protsessi ülesanne inimeste suunamine institutsioonidest kogukondadesse, teisalt aga vaimse tervise süsteemide sellisel viisil korraldamine, et psüühikahäiretega inimesed ei satuks hoolekandeesutustesse (Bachrach,

1976). Lamb ja Bachrach (2001) ütlevad, et deinstitutionaliseerimise protsessis on 3 peamist ülesannet:

- 1) psüühikahäiretega inimeste viimine haiglatest ja kinnistest asutustest kogukondadesse;
- 2) psüühikahäiretega inimeste sattumise ennetamine institutsioonidesse;
- 3) psüühikahäiretega inimestele alternatiivsete kogukonnateenuste arendamine.

Silmas peetake selliste keskkondade loomist ja inimeste toetamist, mis aitavad kaasa psüühikahäiretega inimeste integreerumisele ühiskonda, võimaldavad võimalikult iseseisvat elamist oma kodus või kogukonnas ja aitavad tagada inimõiguste kaitse (Neufeld, 1977; Lamb ja Bachrach, 2001). Deinstitutionaliseerimine on protsess, mille tulemusel psüühikahäiretega inimesed ei ela enam institutsioonides, täpselt ühesugustes tingimustes ja ühesuguste reeglite järgi, vaid elavad kogukondades ja enda kodus, saades tagasi oma privaatsuse, kontrolli oma elu üle, sõltumatuse, autonoomia, vabaduse ning „kodule“ sarnase keskkonna (Regnier ja Denton, 2009; European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care, 2012).

### **1.2.3 Deinstitutionaliseerimine ja kogukondlikud teenused**

Kogukondlikud teenused on kõik need teenused, mida kogukondadel on võimalik pakkuda. Kogukondlike teenuste eesmärk on edendada kogukonna kui terviku ja kogukonna üksikliikmete heaolu ja elukvaliteeti (Wilken jt, 2014). Kogukonnapõhiste teenuste alla kuulub näiteks nii pikaajalise hoolduse pakkumine kogukonnas (erihooldekandeteenused), kui ka erinevate tugiteenuste arendamine ja pakkumine, et vältida inimeste sattumist hooldekodudesse ning toetada nende võimalikult iseseisvat toimetulekut (Rahandusministeerium, 2014; Sotsiaalministeerium, 2016). Kogukondlike teenuste alla kuuluvad kõik üldsusele mõeldud avalikud teenused nagu tervishoiu-, haridus- ja tööturuteenused: kultuuritegevused ning vaba aja tegevused; sotsiaaltransport; tugiisiku teenus, eluasemetenus jt. tuge pakkuvad teenused (Tsuiman i.a.).

Kogukondlik teenuste pakkumise toe tulemusena peaksid psüühikahäiretega inimesed hakkama uuesti võimalikult iseseisvalt elama - töötama, õppima, vaba aega veetma, ühiskondlikes suhetes olema ning võimetekohast väärtuslikku sotsiaalset rolli kandma (Hollander ja Wilken, 2015). Kogukonnapõhine teenusepakkumine aitab tagada

psüühikahäiretega inimestele suurema rahulolu teenustega, paremad võimalused nende vajaduste rahuldamiseks, paremad ravitulemused, paremad tööalased oskused, efektiivsema inimõiguste kaitse ja võrdsed võimalused teiste ühiskonnaliikmetega (Killaspy jt, 2011). Kogukonnas elavad vaimse tervise probleemidega inimesed ning nendega tegevad spetsialistid on välja toonud, et deinstitutionaliseerimise tulemusel on klientidel paremad sotsiaalsed suhted, üldine parem toimetulek, vähem erivajadustest tingitud piiranguid, meeldivam elukeskkond ning taastumist toetavam teenuse pakkumine (Salisbury jt, 2017). Kogukondades elamine on mõjunud positiivselt psüühikahäiretega inimeste sotsiaalsete ja praktiliste oskuste arenemisele (Hamelin jt, 2011). Hamelin jt, (2011) tehtud metaanalüüsi tulemusel leiti, et psüühikahäiretega inimeste enese eest hoolitsemise oskused, iseseisev toimetulek kogukonnas, kognitsioon ja ametialased oskused on peale deinstitutionaliseerimist märkimisväärselt paranenud. Sotsiaalse kognitsiooni all mõeldakse antud kontekstis vaimset protsessi, mis hõlmab teiste kavatsuste, käitumise, kalduvuste ning vaatenurkade mõistmist ja vastavalt reageerimist (Dunn, 1996).

#### **1.2.4 Psüühikahäiretega inimeste sotsiaalse kaasatuse suurendamine**

Üleminekuprotsess kogukonnapõhiste teenustele on laiapõhjaline muutus, mille planeerimisel on oluline korraldada kogukondades toetus, mis arvestab iga inimese tugevustega ning aitab kaasa kogukondlikule integratsioonile, kontaktide loomisele, kohanemisele ja elu väljakutsetega hakkamasaamisele (Hamelin jt, 2011). Sellest tulenevalt on sotsiaalne kaasatus rahvusvahelises erivajadustega inimeste poliitikas keskse tähtsusega ning selle edendamine on oluline eesmärk vaimse tervise probleemidega inimeste ja nende perede jaoks, teenuse osutajate ja poliitiliste otsuste tegijate jaoks (Bigby, 2012; Simplican jt, 2015).

Sotsiaalse kaasatuse kontseptsiooni on tihti erinevalt kirjeldatud, kuid ühiste teemadena tulevad kirjeldustest välja inimestevahelised suhted ja kogukonnas osalemise (Simplican jt, 2015). Kontseptuaalsed erinevused on enamjaolt seotud mõiste laiaulatuslikkuse, raamistiku ning sügavusega (Simplican jt, 2015). Ühe definitsioonina saab sotsiaalset kaasatust esitleda kui aja jooksul toimuvat protsessi, milles psüühikahäiretega inimesed üha enam arendavad ja kasutavad oma õigust luua ja hoida vastastikuseid suhteid ning õigust saada osa ühiskonnas pakutavatest hüvedest (Simplican jt, 2015). Sotsiaalne

kaasatus on tugevalt seotud kogukondliku kaasatusega ning väljendub selles, kui palju ja millisel viisil on inimestel võimalik kogukonnas osaleda, milline roll ja võim neil kogukonnas on, millisel viisil on neile kättesaadav info inimõiguste, toetuste võimaluste ning kogukonnas toimuva kohta (Arnstein, 1969).

O'Brien (1987) kirjeldab, et sotsiaalne kaasatus on see, kui psüühikahäiretega inimesed osalevad kogukonnas võrdsetel alustel teiste kogukonnaliikmetega, tajudes end osana kogukonnast. See hõlmab endas isiklike suhtlussidemete olemasolu teiste kogukonnas elavate inimestega, valikute tegemise võimalust, võimete arenemist, austust kogukonna liikmete poolt ning väärtustatud sotsiaalset rolli ühiskonnas (Creating a community where everyone belongs (i.a.) O'Brien, 1987 kaudu). Sotsiaalne kaasatus tähendab integratsiooni, mis sisaldab endas emotsionaalset ja instrumentaalset toetust, mida psüühikahäiretega inimesed saavad oma sõpradelt, pereliikmetelt, naabritelt, vaimulikelt ja teistelt ühiskonna liikmetelt (Linz ja Strum, 2016). Sotsiaalse kaasatuse, kui nähtuse sügavus väljendub selles, mil määral inimene tunneb end võrdväärse ühiskonna liikmena ja kui rahul ta sellega on (Hall, 2010).

Kaasatuse edendamise tulemuslikkust saab hinnata selle järgi, kuivõrd on kogukondades võimalik psüühikahäiretega inimestel leida sobiv elu- ja töökoht ning saada nii ametlikku kui ka mitteametlikku toetust (Power, 2013). Olenemata sellest, et sotsiaalne kaasatus on oluline võtmesõna deinstitutionaliseerimise õnnestumisel, on selgunud, et selle edendamine on keeruline ning sellega seoses on sotsiaalne kaasatus psüühikahäiretega inimeste seas madal (Milner ja Kelly, 2009). Läbi sotsiaalse kaasatuse on võimalik tõsta vaimse tervisega inimeste enesehinnangut, otsustusvõimet ja õnnetunnet ning sellest tulenevat vaimse tervise inimeste elukvaliteeti terviklikult (Simplican jt, 2015). Sotsiaalne kaasatus aitab leevendada vaesust ja sellega seotud tõrjutust, kuna vaimse tervise probleemidega inimeste ühiskonda kaasamisel on neil suurem tõenäosus leida endale meelepärane töö või hariduse omandamise võimalused (Simplican jt, 2015). Sotsiaalsel kaasatusel on oluline roll ka vaimse tervise probleemidega inimeste personaalse taastumise toetamisel, sest taastumise ideed on sotsiaalse kaasava praktika ja mõistete lahutamatu osa (Mental Health and Social inclusion, 2009). Läbi sotsiaalse kaasatuse toetamise, mis hõlmab kaasamist kõikidesse ühiskondlikesse protsessidesse ja tegevustesse, nagu näiteks poliitika kujundamine, sotsiaalteenuste arendamine, vaba aja sisustamine, tööhõive ja õppimisprotsessides osalemise - on võimalik tagada vaimse

tervise probleemidega inimestele üks olulisemaid õigusi, milleks on osalemine ühiskonnaelus teistega võrdsetel alustel (Convention on..., 2006; Killaspy jt, 2011).

### **1.2.5 Psüühikahäiretega inimeste diskrimineerimine ja tõrjutus**

21. sajandisse sobivaid sotsiaalhoolekande ja -abistruktuure juhivad ühtsed Euroopa väärtused, milleks on inimväärikus, võrdõiguslikkus ja inimõiguste austamine (Euroopa Komisjon, i.a.). 2012. aastal ratifitseeriti Eestis ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsioon (PIÕK), mis võtab erinevate valdkondade kaupa kokku psüühikahäiretega inimeste õigused ning annab juhiseid psüühikahäiretega inimeste õiguste kaitsmisel (Hanga, 2013). Konventsioon rõhutab iseseisvust, väärikust ja valikuvabadust, luues samal ajal unikaalseid sätteid iseseisva eluviisi, kogukonna kaasamise ja juurdepääsu tagamiseks (Hanga, 2013). ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsioon on deklareeritud Universaalses Inimõiguste Deklaratsioonis, mis ei loo küll uusi õigusi, kuid see on ainus inimõiguseid käsitlev dokument, kus tunnustatakse selgelt ühiskonnas elamise õigust (Common European, 2012). Sellest tulenevalt on deinstitutionaliseerimise kontekstis soovitatud ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsiooni rakendamise vahendina (Common European..., 2012).

Hoolimata sellest, et paljud institutsioonid on suletud, on mitmetest uuringutest selgunud, et psüühikahäiretega inimesed tunnevad end ka peale kogukonnadesse kolimist jätkuvalt marginaliseeritult, diskrimineeritult ja tõrjutuna (Linz ja Strum, 2016). Diskrimineerimiseks peetakse mistahes vahetegemist vaimse tervise probleemide tõttu ning sealjuures on mõeldud ka põhjendatud ümberkorralduste tegemisest keeldumist või barjääride olemasolu, mis takistavad inimestel teistega võrdsetel alustel osalemist (Hanga, 2013). Sotsiaalse tõrjutuse ilminguteks on olukorrad, kus inimeste osalemist, arvamust ja panust ühiskonnas ei tunnustata ega arvestata. Inimese ja kogukonna vahel on nõrgad või olematud suhted ning psüühikahäiretega inimestel ei ole võimalik oma õigusi realiseerida ega kogukonnas kõikidele mõeldud võimalusi ja ressursse kasutada (Dave ja Gordon, 2017). Samuti võib tõrjutus seisneda selles, et inimesel küll lubatakse

osaleda ning justkui jäetakse mulje, et teda võetakse kuulda, kuid tema arvamusest ja seisukohtadest ei muutu midagi (Arnstein, 1969).

Psüühikahäiretega inimeste võrgustikud kogukonnas on väiksemad, vähem mitmekesised ning omavahel nõrgemalt seotud kui tavainimestel (Asiamah, 2014). Hall'i (2009) tehtud metaanalüüsist selgus, et lisaks suhete vähesusele puutuvad psüühikahäiretega inimesed kokku tõrjutuse ja diskrimineerimisega veel läbi paljude asjaolude, nagu näiteks: negatiivsed reageeringud teiste inimeste poolt, alamakstud palgad, puudulik infrastruktuur ning kättesaamatud või olematud tugiteenused (Hall, 2009). Tõrjutus on tihti seotud eelarvamustega, et psüühikahäiretega inimesed ei ole võimelised panustama ega kaasa rääkima või nad on sootuks ohtlikud (Asiamah jt, 2014). Selline suhtumine mõjub negatiivselt inimese enesehinnangule, soodustab vaesust, tööturult ja haridusest kõrvalejäämist (Mack, 2016), üldist vaimset tervist ja inimeste heaolu (The Charity Commission, 2001). Linz'i ja Strum'i (2016) poolt läbiviidud uuringus kirjeldas üks intervjuueeritust oma kogemust järgnevalt: „*Peale diagnoosi saamist langetasin tänaval pea, sest ma arvasin, et inimesed saavad mulle otsa vaadates aru, et ma olen hull.*”

Psüühikahäire olemasolu võib tähendada, et inimeste õigusi piiratakse läbi marginaliseerimise, diskrimineerimise ja tõrjutuse ning see on valdkond, kus sotsiaaltööd tegevad spetsialistid saavad olla psüühikahäiretega inimeste eestkõnelejateks, et nad saaksid neile kuuluvaid kodanikuõiguseid maksimaalset kasutada (Wilken, 2016). Lisaks sellele leiab Stylianos (2012), et kui psüühikahäiretega inimestega piisavalt nende õigustest räägitakse ning neid toetatakse oma õiguste eest seismisel, aitab see vähendada igapäevaelus ettetulevaid takistusi, lahendada igapäevaelu probleeme ning saavutada psüühikahäiretega inimeste endi poolt püstitatud eesmärgid (Stylianos, 2012).

## **12.6 Erihoolekandeteenuste arengud Eestis**

Euroopa struktuuritoetuste kasutamiseks on Eesti võtnud kohustuse ning suuna erihoolekandeteenuste arendamisel lähtuda ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsioonist ning lubanud paranda institutsioonides elavate psüühikahäiretega inimeste elutingimusi (Rahandusministeerium, 2014; Euroopa Parlamendi ja nõukogu määrus, 2013). Deinstitutionaliseerimise protsessi käigus on Eestis plaanis suurendada toetavate teenuste arvu kogukondades, vähendada ööpäevaringsete teenuste osakaalu

ning sulgeda 2023. aastaks kõik hooldekodud, kus elab üle 30 inimese (Sotsiaalministeerium, 2014 ).

Suurte institutsioonide sulgemine sai Eestis alguse 2006. aastal, mille tulemusena loodi institutsioonides elanud inimestele 550 uut teenusekohta peremajadesse (Kokk ja Kurves, 2006). Peremajad ehitati üheteistkümmesse Eesti piirkonda, kus igas peremajas hakkasid koos elama 10 inimest (Hoolekandeteenused AS kodulehekül, i.a), kuid olenemata sellest, et uued teenusekohad loodi, on leitud, et nende näol on tegemist endiselt teenusepakkumisega, mis sarnaneb institutsioonile (European Network on Independent Living, 2017). 2017. aastal läbiviidud uuringus toodi välja, et perekülades, mis asuvad kogukondadest eemal, elab suur hulk psüühikahäiretega inimesi koos sarnastes tingimustes ja kindla päevaplaani alusel (European Network..., 2017). Psüühikahäiretega inimestele on tegevust ja tööd pakutud vaid küla lähedusse loodud töö- ja tegevuskeskustes või peremajades. Sellisel viisil teenuse pakkumine ei aita kaasa psüühikahäiretega inimeste sotsiaalsele kaasatusele (European Network..., 2017). Lisaks sellele on peremajades loodud reeglid, mis ei lase inimesel täiel määral otsustada oma elu üle ning töötajate vähesuse tõttu ei arvestata üksikinimese soovide ja vajadustega (European Network..., 2017).

Eesti tugevustena vaimse tervise süsteemide ümberkorraldamisel on 2016. aastal tehtud uuringus välja toodud järgmised arengud: vaimse tervise süsteemid on hakanud rohkem keskenduma kliendile; kogukondades on loodud juurde kontakte ning kogukondi püütakse enam kaasata (Almeida jt, 2016). Lisaks on märgitud, et taastumise perspektiiv ja kogukonnapõhiste teenuste arvu suurenemine näitavad, et deinstitutionaliseerimine Eestis on teostatav (Almeida jt, 2016). Olenemata sellest, et toetavate teenuste pakkumise ring on laienenud, on koduses keskkonnas pakutavate teenuste osakaalu suurendamine ja institutsionaalsete teenuste osakaalu vähendamine olnud oodatust aeglasem (Sotsiaalministeerium, 2016). Viimastel aastatel on küll erihoolekandeteenuste rahastamine suurenenud, kuid järjekord on endiselt 1044-le teenusekohale (Sotsiaalkindlustusamet, 2018b). Teenusekohtade pikkade järjekordade põhjuseks peetakse jäika rahastussüsteemi, mis ei arvesta teenust vajavate inimeste erinevate

vajadustega ning mis pole vastavuses teenuseosutajate tegelike kuludega (Sotsiaalministeerium, 2018).

2016. aastal tehtud uuringus on välja toodud Eestis läbiviidud deinstitutionaliseerimise protsessi miinustena muuhulgas veel järgmised näited: institutsioonides elavate inimeste arv on tõusnud; kogukonnapõhiseid teenuseid rahastatakse kordades vähem kui institutsionaalseid teenuseid; puuduvad sellised teenused nagu kriisiabi, vaimse tervise õed ja kodukülastusi tegevad spetsialistid; poliitika ja õigusaktid on takistuseks iseseisva elu korraldamisel; psüühikahäiretega inimestel on keerulised perekondlikud suhted; ühiskonnas on kõrge stigma, mis takistab psüühikahäiretega inimeste kaasamist, tööhõivet ja kogukonna toetust; sotsiaaltööd tegevatel spetsialistidel puuduvad teadmised taastumise protsessidest, millest tulenevalt ei osata teadlikult toetada psüühikahäiretega inimeste taastumist; erihoolekande ja psühhiaatria koostöö ja seotus on nõrk; kogukonnapõhiste teenuste infrastruktuur on nõrk või olematu (Almeida jt, 2016). Nimetatud põhjusi nähakse ohuna, et deinstitutionaliseerimise protsessi käigus võivad inimesed jääda kodutuks või tekkida transinstitutionaliseerimine (Primeau jt, 2013; Almeida jt, 2016).

Selleks, et ära hoida transinstitutionaliseerimist ehk vaimse tervise probleemidega inimeste sattumist ühest institutsioonist teise, kogukonnas elavate inimeste sattumist pikaajalisele haiglaravile või vanglasse, on igale inimesele tarvis tagada tema vajadustest lähtuv toetus (Primeau jt, 2013; Salisbury jt, 2016). Lamb, Bachrach (2001) ütlevad, et ilma psüühikahäiretega inimeste kaasamiseta teenuste planeerimisse ei ole võimalik teada, mida nad vajavad. Bracken jt (2012) rõhutavad, et teenuste arendamisel on oluline pöörata tähelepanu kontekstile, suhetele ja selliste teenuste loomisele, mille prioriteet on väärikuse, austuse, tähenduslikkuse ja kaasatuse edendamine (Bracken jt, 2012). Salde, (2017) järgi tähendab inimeste kaasamine üksikisikute kogemuste, väärtushinnangute ja isiklike eesmärkide tunnustamist. Teenuste planeerimine ja arendamine nõuab ressursse, kuid see on transinstitutionaliseerimise ärahoidmiseks oluline (Primeau jt, 2013). Nimelt selgus Pennsylvanias läbiviidud uuringus, et deinstitutionaliseerimisel 10% rahaline kokkuhoid toimus vanglakaristuse kulutuste 6-kordse suurenemise arvelt seoses sellega, et osa kogukondades elavaid inimesi sattusid peale deinstitutionaliseerimist väheste või neile mittesobivate toetusvõimaluste tõttu kinnipidamisasutustesse (Primeau jt, 2013).

Riikides, kus võib deinstitutionaliseerimist edukaks pidada, on vaimse tervise valdkonna kulutused tõusnud (Salisbury, 2017; Bachrach ja Lamb, 2001).

### **1.3 Personaalse taastumise toetamine**

Deinstitutionaliseerimist peetakse võimalikuks vaid siis, kui psüühikahäiretega inimestele teenuste pakkumisel võetakse omaks mõtlemis- ja käitumisviisid, mis põhinevad rehabilitatsioonil ja taastumise põhimõtetel (Anthony, 1993). Psüühikahäiretega inimesed taastuvad rasketest vaimse tervise probleemidest läbi paljude radade, viidates vaimse tervise töö mitmekesisuse austamise tähtsusele (Bracken, jt, 2012). Personaalset taastumise käsitlust mõjutavad erinevad heaoluteooriad. Personaalse taastumise toetamise eesmärk on parandada inimese heaoluseisundit emotsionaalsel, psühholoogilisel ning sotsiaalsel tasandil (Slade, 2017). Personaalse taastumise aluspõhimõteteks on isikukesksus, inimese enesejuhtimise edendamine, individuaalne lähenemine, terviklik inimese käsitlemine, jõustatus, tugevustel põhinev lähenemine, lootuse ja vastutuse edendamine ning austus ja kogemusnõustamine (Drake ja Whitley, 2014). Tegu on lähenemistega, mille sekkumiste efektiivust on tõestatud paljude uuringutega (Slade jt, 2014; Slade, 2017; Drake ja Whitley, 2014; Boutillier jt, 2015).

Psüühikahäiretega inimeste taastumise kaasaaitamisele on vaja kogukonna kaasatuse suurendamist, sest taastumise kogemusega inimesed on rõhutanud, et nende heaolu ja toimetulek on suurenenud tänu elukeskkonna paranemisele ja kogukondades pakutavatele võimalustele (Drake ja Whitley, 2014). Taastumisele on aidanud kaasa tunne, et ollakse osa kogukonnast, vastastikused toetavad suhted teiste kogukonnaliikmetega ning ligipääs kogukondlikele toetavatele teenustele (Drake ja Whitley, 2014; Leamy jt, 2011; Anthony, 1993). Taastumispõhist lähenemist võib pidada tõeliseks deinstitutionaliseerimise teenusefilosoofiaks, mis toetab inimeste heaolu suurenemist ning aitab toime tulla deinstitutionaliseerimise protsessiga kaasnevate muudatustega (Common..., 2012, WHO, 2013, Drake ja Whitley, 2014).

#### **1.3.1 Taastumispõhine käsitlus**

Taastumispõhine käsitlus tekkis 1960-ndatel, 1970-ndatel ja 1990-ndatel läbiviidud deinstitutionaliseerimise ja kogukonnapõhise rehabilitatsiooni protsesside tulemusena, mil psüühikahäiretega inimesed protestisid patsiendi rollis olemise vastu ning andsid

teada, et neil on palju rohkem soove ja vajadusi kui vaid psüühikahäiretest tingitud sümptomite maandamine (Anthony, 1993). Tegemist oli olulise paradigma muutusega, sest olenemata sellest, et idee taastumisest oli teada juba varasemalt, ei usutud sellel ajaperioodil taastumise võimalikkusesse ning keskenduti endiselt riskide maandamisele haigussümptomite allasurumisega (Bazon ja Koyanagi, 2007). Tänapäeval on taastumise kontseptsioon rahvusvahelistes vaimse tervise süsteemides laialt levinud (Slade, 2017).

Taastumisel on kaks tähendust, millest ühe all mõeldakse meditsiinilist taastumist, mille puhul keskendutakse sümptomite vähendamisele ja funktsionaalsuse suurendamisele, ning teise all personaalset taastumist, millele saab hinnangu anda vaid igaüks ise ning mille käigus inimene võib küll kogeda ägedaid haiguse episoodide, kuid keskendutakse suutlikkusele oma kogemuste najal õppida oma haigusega toimetulemist (Boutillier jt, 2015). Käesolevas magistritöös on personaalse taastumise all silmas peetud Mike Slade'le ja William Anthony poolt esitatud definitsioone ja personaalse taastumise kirjeldusi. Anthony (1993) ütles, et taastumine on uue elumõtestatuse ja eesmärkide leidmine, et tulla välja haigusest tingitud raskustest. Ta kirjeldab, et taastumine on sügavalt isiklik ja unikaalne protsess, mis muudab inimese hoiakuid, väärtushinnanguid, tundeid, eesmärke, oskusi ja rolle. Taastumisel on olulised inimeste kogemuslood ja oma identiteedi rekonstrueerimine, haiguse ja piirangutega leppimine ning nendega ümberkäimise õppimine (Wilken, Hollander, 2015). Taastumise protsessis on oluline inimeste mõjuvõimu suurendamine, lootuse ja optimismi tekkimine tuleviku suhtes, positiivse identiteedi loomine (Slade, 2017), omanditunde ja koostöötunde tekitamine läbi isikliku vastutuse edendamise (Slade, 2017). Personaalne taastumine on mõtteviisi muutus, mille käigus inimene õpib koos oma haigusega elama täisväärtuslikku ja nauditavat elu (Boutillier jt, 2015).

### **1.3.2 Taastumise protsess**

Kuna taastumine on äärmiselt unikaalne isiklik protsess, saavad taastumisele tähenduse anda vaid inimesed, kes selles protsessis osalevad (Anthony, 1993). Sellest tulenevalt iseloomustavad inimesed taastumise protsessi erinevalt (Milbourn jt, 2014). Wilken ja Hollander (2015) on toonud välja, et taastumise kesksel kohal on leppimine oma haigusega ning täiskasvanuks saamine, mis ei ole kerge väljakutse, kuna taastumise

protsessis tuleb ette nii tõuse kui mõõnu. Taastumine ei ole paljude inimeste jaoks realistlik ootus, olles oma elus kogenud suurt isiklikku kaotust või katastroofi (Anthony, 1993). Taastumise kogemusega inimesed on kirjeldanud taastumise protsessi kui elumuutvat kogemust, mille käigus tekib uue elumõtte leidmine ning suutlikkus oma elu ise juhtida (Leamy jt, 2011; Law ja Morrison, 2014). Milbourn jt (2014) uuringust tuli välja, et taastumine on sageli seotud tulevikku suunatud lootustega, kindlate eesmärkide saavutamise, teinekord ka teistele tõestamisega, et ollakse taastunud ning näiteks valmis osalema tööturul, hariduse omandamisel või hobitegevustes.

### **1.3.3 Personaalse taastumise elemendid**

Taastumist jaotatakse viieks elemendiks ja nendest lähtudes arendatakse uusi sekkumiste raamistikke, mida kasutatakse organisatsioonides taastumise toetamise efektiivsuse mõõtmisel (Boutillier jt, 2015). Raamistikus on põhidomeenideks seotus, lootus tuleviku suhtes, positiivse identiteedi edendamine, elu mõtestatus ning mõjuvõimu suurendamine – nimetatakse CHIME raamistikuks (Connectedness, Hope, Identity, Meaning in life, Empowerment (Slade, 2017). Lootus ja optimism tuleviku osas väljendub usus taastumisvõimalustesse, motivatsioonis oma elu paremaks muutmiseks, positiivses mõtlemises, inspiratsioonis ja lootuses leida suhteid, edusammude väärtustamises, unistuste olemasolus ja nende poole püüdlemises (Leamy jt, 2011). Schrank jt (2012) poolt tehtud süstemaatilises analüüsis, mille fookus oli lootuse suurendamisel, leiti, et inimesed, kes on suutnud luua toetavad positiivsed suhted, saavad ise ja pakuvad teistele toetust ning on kogenud edu endale püstitatud eesmärkide saavutamisel, omavad tuleviku suhtes rohkem lootust.

Seotust (connectedness) tõlgendatakse mõtestatud tegevuste leidmise ja töötamisega, suhete edendamise ning vastastikuse toetusega (Slade, 2017). Personaalse taastumise protsessis nimetatakse vastastikuseks toetuseks olukordi, kus inimesed jagavad üksteisega oma kogemusi, teadmisi, emotsionaalset või praktilist abi. Vastastikuse toetamise puhul peetakse oluliseks võrdsuse printsiipi ning inimese isiklike väärtushinnangute aktsepteerimist ja tunnustamist (Slade, 2013). Vastastikune toetus keskendub suhete olulisusele, mis põhinevad usaldusel, empaatial ja mõistmisel ning seejuures on oluline, et abiandja omaks sarnases valdkonnas kogemust (Davidson, 2012). Lisaks on selgunud, et vastastikuse abi saamine eakaaslastelt, abistavatelt töötajatelt või

mentoritelt, kes on ise kogunud vaimse tervisega seotud raskusi, suurendab lootust rohkem kui igapäevane ravi (Davidson, 2012). Kuna mitmed tõendid on näidanud, et vastastikused abistamise grupid aitavad vähendada inimeste tõrjutust ning edendada sotsiaalset kaasatust, on mõnes riigis vastastikuse toetuse gruppide edendamine saanud üheks vaimse tervise taastumise toetamise prioriteediks (Almeida jt, 2016).

Taastumisel on oluline uue identiteedi loomine, mille alla kuuluvad identiteedi mõõtmine, häbimärgistatuse ületamine ning positiivse minapildi loomine (Boutillier jt, 2015). Slade (2013) ütleb, et positiivse identiteedi loomine aitab inimesel näha end väljaspool haigust ning see on esimene personaalse taastumise toetamise ülesanne. Kliendi ja töötajavaheline koostöö, milles töötaja näitab individuaalset "tõelist" huvi kliendi vastu, aitab toetada taastumise protsessis positiivse identiteedi loomist (Leamy, 2011). Leamy (2011) uuringus osalejad rõhutasid, et lähenemised, mis uurivad nende tugevaid külgi, eesmärke, väärtusi ning ravieelistusi aitavad neil tunda end võimekatatena ning leida lootus tuleviku osas. Identiteedi kujunemisel on oluline roll elu mõtte leidmisel ning eesmärkide seadmisel, elukvaliteedile tähenduse andmisel, osalemisel endale kordaminevates tegevustes, oma kogemuste tõlgendamises ning enda sotsiaalse rolli määratlemises (Slade, 2017; Boutillier, 2015).

Individuaalne lähenemine klienditöös eeldab mittediskrimineerivat suhet ning klienditööd tegeva spetsialisti usku inimeste võimetesse ja potentsiaali (Morris, 2008). See tähendab, et klienti toetatakse tema otsuste langetamisel ja valikute tegemisel ning klienditööd tegev spetsialist jätab oma tõekspidamised ja väärtused tahaplaanile (Morris, 2008.). Isikutunnused, mis on ühele inimesele eluliselt olulised, võivad olla teisele vähemolulised, mis rõhutab asjaolu, et ainult isik ise saab otsustada, millised on tema väärtused (Slade, 2013). Selline lähenemisviis võimaldab teenust saavatel inimestel ise oma elu juhtida ning õigete lahendusteni jõuda (What is the Person-Centred Approach, 2018). Tugevustel põhinev lähenemine on protsess, mille käigus klient ja toetust pakkuv töötaja teevad omavahel tihedat koostööd ning kaardistavad inimese oskuste, kogemuste ja võimaluste baasi (Duncan jt, 2003).

Personaalse taastumise mõtteviis põhineb usul, et iga inimene on võimeline oma elus millegi eest vastutama (Slade, 2013). Mõjuvõimu suurendamine personaalse taastumise kontekstis tähendab tunda kontrolli oma elu üle, juhtida oma vaimset tervist, proovida

uusi asju, võtta riske ning tugineda oma võimetele (Boutillier jt, 2015). Mõjuvõimu suurendamise puhul on oluline lasta inimesel ise valikuid teha ning otsustada, sh võimalus otsustada, kellega ja millisel viisil soovitakse koos elada (Loos jt, 2017; Time To...2011). Uuringud on näidanud, et klientide otsustamine oma ravi, rahade ja osalemise üle aitab luua tugevamat partnerlussuhet töötajatega ning suurendab üldist rahulolu (Loos jt, 2017).

Tugevuste leidmine ja otsimine on jõustamisel kesksel kohal ning on lähenemisviisi küsimus, millele keskendutakse (Hollander ja Wilken, 2015). Selleks, et inimese vaatevälja ei mõjutaks vaid takistused, on oluline fookuses hoida tervise, keskkonna ja heaolu tugevusi, mitte probleeme ning takistusi (Hollander ja Wilken, 2015). Selleks, et klient saaks juhtida oma haigust, on oluline mõista, mida tähendab inimese jaoks rahulolu, millised on tema kogemused ning mida mõistab klient ise psüühikahäire all (Slade, 2013). Protsessi käigus aidatakse inimesel näha, et psüühikahäire on vaid osa tema elust, mitte tema ise tervikuna (Slade, 2013). Inimeste mõjuvõimu suurendamisele aitab oluliselt kaasa, kui teda kaasatakse tervishoiuteenuste väljatöötamise, teenuste arendamise, hindamisprotsessidesse, personali värbamise jms tegevustesse, mis teda puudutavad või milles tal on kogemused. Mõjuvõimu suurendamine aitab kliendil võtta oma taastumisel aktiivse rolli (Slade, 2017).

Taastumise toetamine tähendab mõttemaailma muutust ning liikumist traditsioonilisest lähenemisviisist taastumispõhisele lähenemisviisile (Slade, 2013; Leamy, 2011). See tähendab, et inimesele antakse võimalus ise oma elu juhtida ning teenuse pakkumine on inimlik - diagnoosidega paralleelselt hakatakse diagnooside taga nägema inimest (Slade, 2013). See on töötamise praktikate muutumine, väärtuste ja võimu ümberkujundamine, mille keskmes on partnerlusel põhinevad suhted (lisa 1) (Slade, 2013). Partnerlusel, usaldusel ja austusel põhinevad suhted aitavad inimestel üle saada stigmast ning tulla toime kriisidega ( Slade, 2013; Linz ja Strum, 2016).

Taastumise kui unikaalse protsessi teaduslikust vähetõestatusest hoolimata on taastumise faasidel määratletud üldised iseloomulikud etapid (Boutillier jt, 2015; Leamy jt 2011; Hollander ja Wilken, 2015), mille kirjeldamine on oluline selleks, et klienditööd tegevad spetsialistid teaksid, millist abi või toetust on inimesed valmis teatud eluperioodidel vastu võtma (Hollander ja Wilken, 2015; Leamy jt, 2011). Taastumise staadiumid on

kaardistatud transteoreetiliste muutuste mudelil, mis toob välja viis staadiumit: eeltingimuste loomine, mõtisklemise faas, ettevalmistuse faas, tegutsemise etapp ning toimetuleku kasvamine (Leamy jt, 2011). Hollander ja Wilken esitavad taastumisprotsessi faasid kolme etapina, milleks on stabiliseerumise faas, kus inimene on saavutanud tasakaalu ja kontrolli; ümberorienteerumise faas, milles toimub uurimine, sihtide seadmine ja valikute tegemine; ning lõpuks taasintegreerumise faas, kus on saavutanud soovitud olukord eluaseme, töötamise ja vaba aja veetmise valdkonnas (Hollander ja Wilken, 2015). Taastumise toetamiseks on välja töötatud mitmeid tõendus põhiseid lähenemisi nagu näiteks REFOCUS, mis põhineb meeskonna väärtuste (töötajad ja kliendid) kujundamisel (Bird jt, 2014) või CHIME raamistikul põhinev lähenemine INSPIRE (Boutiller jt, 2015). Maailma Terviseorganisatsioon on teinud ettepaneku, et kõik vaimse tervise teenusepakkujad peaksid kasutama taastumispõhiseid lähenemisviise, kuna see aitab teadaolevalt kõige efektiivsemalt toetada üksikisiku püüdluseid oma isiklike eesmärkide saavutamisel (Drake ja Whitley, 2014).

## 2 METOODIKA

### 2.1 Uurimismeetod

Käesolevas uurimistöös kasutan, lähtuvalt uurimistöö eesmärgist, kvalitatiivset uurimismeetodit. Meetod sobib vaimse tervise teenuste teaduslikeks uurimisteks, sest see võimaldab uurida inimeste isiklike kogemusi sügavuti, tuua välja uuritavate vaatenurki ja mõista vaimse tervise valdkonna protsesse (Strömpl, 2004). Meetodi kasutamise eelduseks on see, et uurija jaoks on kõik õige, mida uuritavad väljendavad läbi arvamuste, muljete, tõlgenduste ja väärtushinnangute (Rubin, Rubin, 2012). Kvalitatiivne uurimismeetod võimaldab mul näha ja mõista, kuidas toetavad klienditööd tegevad spetsialistid kogukonnas elamise teenusel viibivate inimeste sotsiaalset kaasatust ja rakendavad igapäevatoos personaalse taastumise põhimõtteid.

Andmete kogumiseks viisin läbi argipäeva vaatluse „*avalikustatud vaatlejana vaatluse*.“ See tähendab seda, et uurijal on lubatud tegevustest ja protsessides juures viibida, vaatluses osalejad on uurija rollist teadlikud ning uurija ei osale ise tegevustest (Vihalemm, 2014). Sellisel viisil andmete kogumine annab võimaluse teha täiendavaid intervjuusid, ilma, et vaatlusel osaleja peaks oma rollist vahepeal väljuma (Vihalemm, 2014). Vaatlus aitab kogeda ja näha, milline on klientide reaktsioon, käitumismustrid, ning vastastikkused suhted kaaslastega ning klienditööd tegevate spetsialistidega. Valitud meetod võimaldab saada seeläbi parema pildi inimeste igapäevaelust (Vihalemm, 2014)

Lisaks argipäeva vaatlusele viisini läbi poolstruktureeritud intervjuud klienditööd tegevate spetsialistidega. Intervjuukava koostas lähtuvalt uurimisküsimustest, pidades silmas argipäeva vaatlusel saadud infot ning personaalse taastumise - ja sotsiaalse kaasatuse põhimõtteid. Poolstruktureeritud intervjuud annavad mulle võimaluse tuvastada üksikisiku maailmavaateid ning arusaamasid. Lisaks võimaldab saada kirjeldavaid andmeid, pakub paindlikust lisada küsimusi, mis tekivad intervjuu käigus ning saadud vastused aitavad vastata uurimisküsimustele (Turner, 2010).

### 2.2 Uurimuses osalejad ja andmete kogumine

Argipäeva vaatlusel uurisin sotsiaaltööd tegevate spetsialistide interaktisooni psüühikahäiretega inimestega igapäeva elu toimingutes. Vaatlus toimus kogukonnas

elamise teenuse pakkumise kohas, mille valikul lähtusin sellest, et see asuks linna keskkonnas ning oleks loodud deinstitutionaliseerimise protsessi tulemusel.

Vaatluse läbiviimiseks küsisin luba AS Hoolekandteenuste juhatusest. 15.01.2018 andis juhatus omapoolse nõusoleku vaatluse ja intervjuude läbiviimiseks. Järgmisena valisin välja ühe AS Hoolekandeteenuste kogukonnas elamise teenust pakkuva üksuse ning pöördusin piirkonna juhi poole, kes selle üksusega tegeleb. Piirkonna juht ütles, et kui kogukonnas elamise üksuses elavad inimesed on sellega nõus, et ma seal vaatlust läbi viin, siis on ka tema nõus. Selleks, et saada teada üksuses elavate inimeste arvamust, pöördusin klienditööjuhi poole, kes koos tegevusjuhendajatega küsisid klientide arvamust. 5.02.2018 teatas klienditööjuht, et üksuses elavatel inimestel ei ole midagi selle vastu, kui ma seal vaatlust teen ning me leppisime kokku vaatluse kuupäevad.

Argipäeva vaatlus leidis aset majas, kus elab 7 psüühikahäirega inimest. Kogukonnas elamise teenuseüksus avati 2017. aasta suvel erihoolekande teenuste deinstitutionaliseerimise raames ning vaatluse läbiviimise ajaks olid inimesed elanud seal 8 kuud. Teenuse saajate igapäevaelu toetavad 2 tegevusjuhendajat ning sisulise klienditöö arendamise ja juhendamise tegeleb klienditööjuht. Argipäeva vaatlus leidis aset 6 päeval, ajavahemikul 12.02.2018- 26.02.2018 ning 1 vaatluse päev kestis 8 tundi (08:30- 16:30). Vaatluses osalenud inimesed olid teadlikud, et viibin seal uurimistöö eesmärgil ning varasemalt oli neile selgitatud, et nende konfidentsiaalsus on tagatud.

Vaatluse käigus ma ei osalenud ega sekkunud üksuses toimuvatesse tegevustesse ja situatsioonidesse. Kirjutasin kõrvaltvaatajana üles personaalse taastumise toetamisel olulised aspektid nagu klientide ja sotsiaaltööd tegevate spetsialistide tegevused ja käimised, öeldud sõnad, laused, emotsioonid, reageerinud olukordadele ja klientide ja töötajate vahelised vestlused ja kehakeele. Andmete kogumiseks tegin Excelis tabeli, kuhu sisestasin vaatlusest saadud info. Peale igat vaatluse päeva kirjutasin kokkuvõtte sellest, mida nägin, tundsin ja mõtlesin.

Algselt olid planeeritud fookusgrupi intervjuud AS Hoolekandeteenuste erinevatel tasanditel töötavate spetsialistidega, kuid vaatluse käigus selgus, et kõige enam mõjutavad teenusel olevate inimeste igapäevaelu, vahetud sotsiaaltööd tegevad spetsialistid- tegevusjuhendajad ja klienditööjuht. Sellest tulenevalt muutsin andmete kogumise plaani ning tegin 2018. aasta veebruaris kokkulepped mõlema

tegevusjuhendajaga ning klienditööjuhiga. Kati (nimi muudetud) on 31 aastane keskharidusega naisterahvas, kes on erihoolekande süsteemis töötanud 2 aastat. Ta on läbinud tegevusjuhendajate 260 tunnise koolituse ning enne kogukonnas elamise teenuse üksusesse tööle minemist töötas ta tegevusjuhendajana suures institutsioonis. Mari (nimi muudetud) on 23 aastane naisterahvas, kes on erihoolekande süsteemis töötanud 8 kuud. Ta omandab bakalaureuseõppes sotsiaalpedagoogi eriala ning on läbinud motiveeriva intervjuerimise koolituse. Merit (nimi muudetud) on piirkonna klienditööjuht. Tema ülesandeks on tegeleda piirkonnas olevates erinevates üksustes sisulise klienditöö arendamisega. Ta nõustab ja juhendab töötajaid ning on klienditööd puudutavate protsesside eestvedajaks. Merit on töötanud erihoolekande süsteemis 11 aastat.

Intervjuude läbiviimiseks tegin intervjuu kava, kus olid neli suuremat alapeatükki, mis käsitlesid diskrimineerimist ja tõrjutust, personaalse taastumise põhimõtteid ning osalemist kogukonnas. Intervjuu oli poolstruktureeritud ning lähtudes teemade arengust ning intervjueritavate poolt toodud näidetest, esitasin vajadusel lisaküsimusi. Nende teemade juurde, millele algselt jäi vastus saamata, pöördusin intervjuu lõpus tagasi ning need teemad, millele olin teiste küsimuste juures juba vastuse saanud, jätsin vahele.

28. 03.2018 viisin läbi 3 individuaalintervjuud AS Hoolekandeteenuste sotsiaaltööd tegevate spetsialistidega, kes kõige vahetumalt puutuvad kokku klientidega ning nende igapäevaelu toetamisega. Kõik kolm intervjuud leidsid aset erinevates kohtades. Ühe tegevusjuhendajaga toimus intervjuu kogukonnas elamise teenuse üksuses ja teise tegevusjuhendajaga tema kodus. Klienditööjuhiga toimus intervjuu kohvikus. Ühe intervjuu kestvust oli keskmiselt 1,5 tundi ning vestlused salvestasin nutitelefonile kust need peale andmete transkribeerimist kustutasin.

### **2.3 Analüüsimeetod**

Andmete analüüsimisel kasutasin temaatilise analüüsi meetodit. See võimaldab argipäeva vaatlusest ja fookusgruppide intervjuudest saadud teemasid süstematiseerida ning selgitada. Intervjuudest ja vaatluse käigus saadud andmete analüüsi tegin eraldi. Temaatilise analüüsi meetodi protsessil on 6 etappi, mille moodustavad andmete kogumine, andmete avatud kodeerimine, teemade identifitseerimine, teemade lõplik nimetamine ja temaatiline andmete analüüsi kirjutamine (Braun ja Clarke, 2006). Andmete avatud kodeerimisel leidsin andmetes peidus olevad teemad ning lõin sarnastest

teemadest kategooriad. Sarnased kategooriad liitsin omavahel kokku ning nendest kujunesid uurimise tulemuste peatüki alapealkirjad intervjuu tulemuste ja vaatluse tulemuste peatükki.

## **2.4 Eneserefleksioon**

### **Andmete kogumine**

Poolstruktureeritud intervjuude ja vaatluse läbiviimine oli minu jaoks väga õpetlik ja rikastav kogemus, sest varasemalt olen puutunud kokku enamjaolt kvantitatiivsete meetoditega, kus andmeid koguti ankeetküsitlustega. Kuna tundsin end meetodite valikul ebakindlalt, siis töötasin enne hulgaliselt teaduslikke artikleid läbi, mis andsid ülevaate sellest, millised võimalused on intervjuerimiseks ning vaatluse läbiviimiseks. Suureks abiks olid ka vestlused nende inimestega, kes olid varasemalt andmeid kogunud kas läbi intervjuude või vaatluse. Nii vaatluse kui ka intervjuude tegemiseks valmistusin pikalt ette. Ma ei tahtnud, et midagi jääks juhuse hooleks ning mõtlesin mõlemad protsessid korduvalt läbi. Vaatluse jaoks tegin raamistiku, mis aitas mul hõlpsamini infot fikseerida ning tähelepanu pöörata kõigele sellele, mis antud magistritöö raames on oluline. See eeldas ka seda, et ma olen teoreetilised materjalid personaalsest taastumisest, deinstitutionaliseerimisest ja sotsiaalsest kaasatusest läbi töötanud. Sama ettevalmistus oli ka intervjuude tegemisel, sest intervjuu teemad toetusid vaatlusel saadud infole ja magistritöö teoreetilisele raamistikule.

### **Vaatlus**

Vaatluse viisin läbi üksuses, kus pakutakse kogukonnas elamise teenust psüühiliste erivajadustega inimestele. Kuna olen tööalaselt seotud selle ettevõttega, kus oma andmete kogumist läbi viisin, siis pidasin oluliseks valida vaatlusevormi, kus ma kõige vähem mõjutan protsesse. Sellest tulenevalt otsustasin võtta uurija rolli läbi mitteosalusevaatluse, keskendused vaid kõige selle ülesmärkimisele, mida kõrvaltvaatajana kuulsin ja nägin. Erilist tähelepanu pöörasin teenusel olevate inimeste kommentaaridele, neis avalduvatele hoiakutele ja arvamustele. Tuleb tunnistada, et esimesel vaatluse päeval tundsin end veidi ebamugavalt, sest oleksin mitmel korral soovinud oma arvamust avaldada või sõna sekka öelda. Uurija rolli siseneda tundus keeruline, sest mulle osutati oluliselt suuremat tähelepanu, kui eeldanud olin.

Kõigil kuuel päeval tundsin, et olen majja oodatud. Mind võeti iga päev väga sõbralikult vastu nii klienditööd tegevate spetsialistide kui ka majas elavate inimeste poolt. Esimesel päeval oli huvi minu vastu suur. Majas elavad inimesed pakkusid mulle kohvi ja kommi, kutsusid mind endaga einestama ning uurisid, kus ma elan, töötan ja õpin ning mida mulle vabal ajal meeldib teha. Kliendid tutvustasid mulle maja, näitasid oma tubasid, rääkisid sellest, mida nad varasemalt oma elus teinud on ja mida nad praegusel ajal teevad. Mind viidi kurssi sellega, mis alustel üksuses elu toimib ning mida sellest arvatakse. Esimese päeva lõpuks olin saanud väga palju infot ja märkmeid selle kohta, mis aitas mul edasi orienteeruda selles, mis ühes kogukonnas elamise üksuses toimub ning millised näevad välja protsessid, suhted ja tegevused. Saadud info valguses täiendasin ka vaatluse fikseerimiseks tehtud tabelit.

Teisel vaatluse päeval avastasin, et nüüd olen päriselt uurija rollis. Erinevalt eelmisest päevast, minu kohalolu ei tekitanud inimestele enam erilist huvi ja üksuse tegevused ning inimeste käitumine muutusid loomulikuks. See andis võimaluse jälgida ja fikseerida toimuvat tõelise kõrvaltvaatajana. Päeva lõpus tabasin end mõttelt, et olenemata sellest, et ma ettevõttes töötan ja panustan teenuste arendusse, siis tegelikult on reaalne elu hoopis midagi muud, kui ma arvasin. See teadmine muutis mind veelgi tähelepanelikumaks, sest mul tekkis vajadus saada oluliselt rohkem infot, kui algselt prognoosisin ja iga järgmine päev vaatlusel oli eelmisest olulisem kuni selle päevani, kus avastasin, et jooksmata hakkasid seaduspärasused ja mustrid, mis tähendab, et võib vaatluse lõpetada.

Ma hindan kõrgelt kõiki neid päevi, mis ma viibisin üksuses, kus vaatlust läbi viisin. Üksuses elavad inimesed ja klienditööd tegevad spetsialistid aitasid mul end mugavalt tunda ja rikastasid mu elu ilma. Vaatlust tehes tundsin ühel hetkel, et viibin ühe toredate Eesti perekonna juures, mitte ettevõttes, kus pakutakse kogukonnas elamise teenust. Vaatluse lõpus küsisin endalt, kas ma ise oleksin nõus seal kunagi elama ning seekord sain vastata, et mul poleks selle vastu midagi. See on oluline küsimus minu jaoks, sest olen seda küsimust esitanud endale 9 aasta jooksul iga kord, kui olen külastanud erihoolekandeteenuseid pakkuvaid ettevõtteid või asutusi ning selliselt pole ma varem vastanud.

## **Intervjuud**

Algselt olid mul planeeritud fookusgruppide intervjuud klienditööd tegevate spetsialistidega, ettevõtte teenuste arendajatega ning - juhatuse liikmetega, kuid peale vaatlust mõistsin, et magistritöö eesmärki silmas pidades, on mul vaja intervjuerida individuaalset inimesi, kes otseselt mõjutavad teenusel olevate inimeste igapäevaelu. Mul oli vaja saada selgitusi vaatluses kogutud nähtuste kohta ning selle kohta, mida klienditööd tegevad spetsialistid mõtleavad diskrimineerimise ja tõrjutuse all, mida tähendab nende jaoks personaalse taastumise mõiste võiks miks nad reageerivad kindlatele olukordadele alati ühtemoodi. Samuti soovisin teada saada millise ressursina näevad klienditööd tegevad spetsialistid kogukonnas pakutavaid võimalusi, kas nad peavad oluliseks klientide suunamist kogukonnategevustesse ning millest nad kogukonnas puudust tunnevad. Selle teadmiseni jõudmine hirmutas mind, sest algselt küpsena tundunud idee oli teinud olulise pöörde, kuid samas ei heitnud ma meelt, sest mul oli olemas 6 päeva vaatluse andmed, mille maht oli piisavalt suur, et töö fookus muuta.

Ühe intervjuu viisin läbi tegevusjuhendaja kodus, ühe üksuses, kus toimus vaatlus ja ühe kohvikus. Kõigi intervjuude puhul mängis suurt rolli vastaja häälestamine teemadele ja pinge maandamine. Olin seda ette näinud ning mõelnud üldisemad teemad, millest vastajatega enne intervjuud räägin, kuid sellest olenemata oli iga intervjuu alguses tunda pinget ja seda, et vastajad väga valisid mida nad ütlevad. Seda barjääri aitas ületada see, kui selgitasin vastajatele, et ma ei anna nende öeldule hinnanguid ning kõik, mis nad ütlevad on õige, sest nemad on klienditööd tegevad spetsialistid ja teavad kõigist kõige paremini, intervjuu küsimustele vastuseid. Kõigi intervjueritavatega tundsin peale barjääride ületamist, et intervjueritavad olid avameelsed ja ausad ka siis, kui neil oli mõningatest teemadest ebamugav rääkida.

Olenemata sellest, et ma olin intervjuuküsimusi korduvalt lugenud ja parandanud, pidin esimese intervjuu käigus küsimusi muutma elulisemaks, et vastajatel oleks lihtsam teemadega suhestuda. Teemad, mida klienditööd tegevatel spetsialistidel oli keeruline selgitada (näiteks taastumine), arutlesime eluliste näidete pealt- näiteks inimese kiitmise olulisus, inimesele vastutuse andmine, individuaalne lähenemine jne. Sellisel viisil intervjuu muutmine, aitas vestlusel loomulikumalt sujuda ning järgmist kahte intervjuud tehes kasutasin intervjuerimisel näiteid ja märksõnu ning lasin vestlusel areneda oluliselt

vabamalt, kui esimest intervjuud tehes. Samas jälgisin ja kuulasin hoolikalt, mida intervjuueeritavad ütlesid, et ükski oluline teema ei jääks arutamata ning ma ei kordaks küsimusi, millele olen juba vastused vestluse käigus saanud.

Nii intervjuude kui ka vaatluse käigus saadud info, andsid mulle väga palju teadmisi ja kogemusi juurde. Peale intervjuude tegemist mõistsin, kui oluline oli arutleda asjaosalistega nende teemade üle, mida vaatlusel nägin. Samas mõistsin kui oluline on kõrvalt vaadata, mis toimub reaalses elus. Olen õnnelik, et viisin vaatlust läbi just 6 päeval, mitte kahel või kolmel, sest esimesed päevad olin siiski võõras inimene keskkonnas ning mõjutasin oma kohaloluga nii klientide kui ka töötajate käitumist. Tunnen, et vaatlus ja intervjuud täiendasid teineteist ja olid vajalikud põhjalikemate teadmiste tekkimiseks. Ma sain palju väärtuslikku informatsiooni mitte ainult käesoleva magistritöö jaoks vaid ka oma isikliku ja tööalase arengu jaoks.

### 3 TULEMUSED

Tulemuste esitus on üles ehitatud temaatilise andmete analüüsi loogikal. Peatükis esitan avatud kodeerimise ning teemade liitmise käigus tekkinud kategooriad. Kategooriatesse koonduvad kirjeldused tegevustest, suhetest, tingimustest, situatsioonidest ja olukordadest, mida nägin ja kuulsin vaatluse käigus ning intervjuusid tehes. Kategooriad mis tekkisid intervjuude tulemusel on : Tegevusplaan ja kliendi arengu toetamine; osalus piirkonnas ja vaba aeg; raha planeerimine ja kasutamine. Vaatluse tulemusel saadud kategooriateks on : ühiselu kokkulepped; vaba aeg; kliendi aktiivsus ja töötaja aktiivsus.

Intervjueeritavate ja vaatluses osalenute konfidentsiaalsust silmas pidades, ei kasuta ma andmete esitamisel inimeste nimesid. Samuti ei erista ma lausete väljatoomisel, milline intervjueeritav mida ütles. Nimelt osalesid vaatlusel ja intervjuudes 3-liikmelisse kollektiivi kuuluvad klienditööd tegevad spetsialistid, kelle isikuid võib olla lihtne tuvastada. Uurimistöö eesmärki silmas pidades eristan klienditööjuhi ja tegevusjuhendajate öeldud vaid juhul, kui see on uurimistöö eesmärki silmas pidades vajalik.

- Intervjuude käigus öeldud laused on esitatud intervjuudest saadud tulemuste all *Italic* vormingus.
- Vaatluse tulemuste peatükis on esitatud vaatluse käigus kirja pandud kirjeldused *Italic* vormingus ning vaatluse käigus öeldud laused või sõnad on kirjutatud jutumärkides „*Italic*“ vormingus,

#### 3.1 Intervjuudest saadud tulemused

##### 3.1.1 Tegevusplaan ja kliendi arengu toetamine

Klienditööjuht kirjeldab intervjuus, et klientide isikliku tegevusplaani koostamine on kliendi toetamise aluseks. Kui klient tuleb teenusele, siis tehakse talle 30 päeva jooksul tegevusplaan, mille eelneb kliendi profiili täitmine, kus kajastatakse inimese elukaar, diagnoos, ravimid, kliendivõrgustik, suhete sagedus, lähedaste inimeste olemasolu, tervislik seisund ning toimetulekuoskused. Profiili koostamisele järgneb kliendi hindamine, mille käigus tegevusjuhendajad ja klienditööjuht uurivad, millised on kliendi varasemad kogemused töötamisel, õppimisel, vaba aja veetmisel, ning, kuidas klient näeb erinevates eluvaldkondades (elamine, töötamine, õppimine, vaba aeg, tervis) oma

olevikku ning millised on tema ootused tuleviku suhtes. Tegevusplaani koostamisel uuritakse iga kliendi eelistusi, soove ja unistusi. Lisaks arutatakse võimalusi, kuidas püstitatud eesmärgid oleks võimalik läbi tegevuste saavutada.

*Int: „Reeglina koostame kliendiga koos tegevusplaani lähtuvalt tema tugevustest, soovidest ja vajadustest.“*

Vahetut klienditööd tegevad spetsialistid räägivad intervjuudes, et esimesed tegevusplaani koostati eelnevas teenuse osutamise kohas aluseksolnud tegevusplaanide põhjal. Nad ütlevad, et kohendasid tegevusplaanide koostamist teiste kogukonnas elamise töötajatega selliselt, et viisid sisse muudatused tegevuste kohta, mida ühelt poolt oli võimalik uues elukeskkonnas teha ja mille järele teisalt oli tekkinud reaalne vajadus seoses uue elukorraldusega. Samuti lisati klientide tegevusplaanidesse eesmärgid juurde, kui nähti, et klientidel on ebapiisavad enesehoolduse oskused ja vähesed koduste toimingute läbiviimise oskused (RFK mõisted d5 ja d6 peatükid).

*Int: „Saime juurde lisada tegevusi, mida eelnevas hooldekodus väga teha ei saanud - näiteks iganädalane poeskäimine ja toiduvalmistamine.“*

*Int: „Tegevusplaan sai alguses üle vaadatud nii, et kui me nägime, et mingi teemaga on probleeme, siis me püstitasime selles eesmärgid.“*

Vahetut klienditööd tegevad spetsialistid rõhutavad, et tegevusplaanide koostamise eesmärk on klientide toimetulekuoskuste parandamine. Intervjuudes kuulsin korduvalt mõistet „toimetuleku oskuste parandamine“. Tulemusi täpsemalt analüüsides ilmnes, et selle all mõistetakse hügieenitoiminguid, toiduvalmistamist, poeskäimist, ruumide korrashoidu.

Veel tuli intervjuudest välja, et tegevusjuhendajate arvates on igal inimesel vaja tunnet, et ta on midagi saavutanud või millegagi hakkama saanud. Väga oluliseks peeti, et püstitatud eesmärgid oleksid elulised ja reaalselt saavutatavad. Samas ei tulnud intervjuusid analüüsides välja, et töötajad näeksid otsest seost kliendi unistuste ja eesmärkide vahel ja nad ei märka, et unistus on väärtuslik seetõttu, et see sisaldab motivatsiooni (=emotsionaalne energia). Unistusi ei osata seostada eesmärkide seadmiseks.

*Int: „Mingid unistused tuleb ära lõpetada ja nagu mõeldagi reaalsusele, et kuhu on*

*võimalik jõuda ja milliseid eesmärke on mõistlik püstitada. “*

*Int: „Eks tegevused ja eesmärgid tulevad ka võimalustest, mida meil siin kohapeal pakkuda on.“*

Tegevusjuhendajad leiavad, et klientide kaasamine tegevusplaani koostamisse on keeruline, sest mõned kliendid ei ole huvitatud tegevusplaani tegemisest, mõned kliendid ei tea ega oska mõelda, mida neil vaja on ning mida tuleb eesmärgi saavutamiseks teha. Samuti tuleb ette olukordi, kus töötajad näevad, et kliendile on vajalik püstitada eesmärk mõnes sellises valdkonnas, milles klient ise probleemi ei näe või ei tunnista.

*Int: “Paljud kliendid ei ole ise nagu huvitatud sellest tegevusplaanist ja ei oska nagu kaasa rääkida.“*

Seega võib intervjuude põhjal öelda, et tegevusjuhendajad peavad tegevusplaani eelkõige teenuse osutamise jaoks oluliseks dokumendiks ning ei seosta seda kliendi motiveerimise vahendina.

Tegevusjuhendajad leiavad, et klient peab olema nõus talle püstitatud eesmärkide ja tegevustega, mistõttu arutatakse peale plaani koostamist tegevusplaanis kirjasolevad tegevused ja eesmärgid läbi, ning kui kliendile kõik sobib, siis klient allkirjastab plaani. Lisaks rõhutavad tegevusjuhendajad, et kui nad tegevusplaanis teevad kvartali hindamisi selle kohta, kuidas kliendil on mõne eesmärgi saavutamisega kulgenud, siis nad kaasavad klienti ja lasevad kliendil ise oma saavutusi hinnata ja kirjeldada. Samas, olenemata sellest, et klientidega nende tegevusplaane arutatakse, ei julge tegevusjuhendajad kindlalt väita, et kliendid päriselt ka teavad, mis eesmärgid neil on ning miks nad mingeid tegevusi teevad.

*INT: „Peaksid teadma, kõik on nendega ikka läbi räägitud, iseasi kui palju nad mäletavad.“*

*Int: „Näiteks klient 1 teab väga hästi, et, et ta ei tohi väljalanõudega üles korrusele kõndida ja seda mäletab ta tegevusplaanist väga hästi!“*

Tegevusjuhendajad räägivad, et alguses oli tegevusplaanide tegemine eriti keeruline, sest nad ei tundnud kliente ning kartsid klientidega rääkida nende suhete, seksuaalsuse ja

hügieeniprobleemide teemadel.

*Int: „Ei taha ju kedagi solvata.“*

Ühe põhjusena toodi välja arvamus, et esmalt on vaja võita klientide usaldus ja selleks on mõistlik vältida teatud teemasid, mis võivad piinlikkust valmistada või ebameeldivustunnet tekitada.

Intervjuudest tuli välja, et tegevusplaanide koostamisel on väljakutseks klientidega vestluste läbiviimine sellistel teemadel, mis inimeste jaoks on tegelikult antud hetkel oluline, mida neile teha meeldib, milles nad soovivad edasi areneda. Tegevusjuhendajad nendivad, et kui nad suudaksid selliseid vestluseid läbi viia, oleks neil endil ka huvitavam, ning koostöös loodud plaan oleks suuremas kooskõlas tegeliku eluga.

*Int: „Uusi tegevusplaane teeme kindlasti koos klientidega - nii on endal ka lõbusam, ei pea pastakast midagi välja imema.“*

Tegevusjuhendajad tunnistavad ka ise, et nende töö on huvitav ning klienditöö pakub võimalusi, mida täna veel ei kasutata.

### **3.1.2 Osalus piirkonnas ja vaba aeg**

Intervjuude analüüsist selgus, et klienditööd tegevad spetsialistid peavad oluliseks klientide osalemist linnas pakutavatel üritustel, sest nad näevad, et nii on klientidel võimalik sõpru leida ning saada uusi kogemusi ja elamusi. Eranditult kõik intervjuueeritavad räägivad kogukonnas osalemisest inimõigustest lähtuvalt ning ütlevad, et olenemata sellest, kas puue on või ei ole, peab igäüks saama linnas pakutavatest üritustest osa.

*Int: „Üldiselt me ei mõtle selle peale, et äkki meid ei taheta, ja osaleme kõikjal nii nagu teisedki inimesed, ja kui vaja, siis näitamegi oma osalemisega, et me oleme toredad ja suudame palju ning hästi teha.“*

Kogukonnas osalemise all loetlevad intervjuueeritavad, et kliendid käivad kinos, raamatukogus, teatris ning linna suurüritustel nagu näiteks aastavahetuse tähistamine keskväljakul või advendiküünla süütamisel. Lisaks sellele osaletakse laatadel, kus müüakse isetehtud käsitööd, käiakse jalutamas ja lähedal asuval mäel vastlaliugu laskmas.

*Int: „Kui muud teha ei ole, siis käiakse niisama linna vahel jalutamas.“*

Intervjueeritavate hinnangul on psüühikahäirega inimesed linnaelanike ja naabrite poolt sõbralikult vastu võetud ja naabruskonna elanike tagasiside klientide kohta on olnud positiivne.

*Int: „Näen, kuidas meie naabrid siin mööda kõndides juba kaugelt meie klientidele lehvivad ning nendega suhtlevad.“*

Tegevusjuhendajad räägivad, et ettevõtte keskastme juhid käisid rahvakoosolekutel, ühistute koosolekutel, politsei, perearstide ja kohalike omavalitsuste koosviibimistel, et selgitada, miks psüühikahäirega inimesed suurtest hooldekodudest linna kolivad. Samuti teavitati eraldi naabruskonna elanikke, et nende kõrvalmajas hakatakse pakkuma kogukonnas elamise teenust psüühikahäiretega inimestele. Klienditööd tegevad spetsialistid arvavad, et kogukonna teavitamine vaimse tervise probleemidega inimestest aitab suurendada klientide osalust ühiskondlikes tegevustes.

*Int: „Alguses sai päris palju seletatud ka, kes me oleme just oma naabritele, teistele linnakodanikele ja tegelt ka ühistukoosolekutel, et inimesed ei pelgaks meid.“*

Samuti peavad intervjueeritavad märkimisväärseks, et nüüd, kui on kolimine läbi, kutsutakse kortermajades elavaid kliente ühistu koosolekutele. Mõnikord käivad töötajad koos klientidega koosolekutel, kuid vahel lähevad nad ise. Tegevusjuhendajad ütlevad, et see, kas nad lähevad koos klientidega, sõltub sellest, millised teemad päevakorras on. Tegevusjuhendajad kirjeldavad, et kui päevakorras on teemad, mis on keerulised ja mis võivad kliente segadusse ajada, siis on parem, kui nad koosolekul ei osale, aga kui arutatakse sellistel teemadel, kus kliendid oskavad ka kaasa mõelda ja kaasa rääkida, siis nad lähevad koosolekule koos klientidega.

*Int: “ Seekord on ühistus eelarve arutamine ja sellest ei saa meie kliendid küll midagi aru ja sinna me neid ei kaasa .“*

*Int: „Kardame, et nad hakkavad nagu mõtlema, et nagu nemad peavad midagi nüüd juurde maksma ja see võib neid segadusse ajada.“*

*Int: „Oleks mingid sellised päevakorralised teemad, et mis maja ümber tehakse või trepikoja koristus, siis oleks teine asi.“*

Suhteliselt lühikese ajaperioodi vältel, umbes ühe aasta jooksul, on linna elama asunud psüühikahäirega inimesed muutunud intervjueeritavate arvates tunduvalt iseseisvamaks. Mõned psüühikahäirega inimesed julgevad juba üksi linnas ringi liikuda, kuid teised soovivad veel käia koos kaaslastega või tegevusjuhendajaga.

*Int: „Kui kliendid algul siia elama tulid, siis nad arvasid, et nad ei tohi midagi teha. Näiteks ei julgenud nad alguses isegi mitte õue peale jalutama minna.“*

*Int: „Päris tükk aega läks enne, kui nad päriselt ka said aru, et nad võivad kõikjale minna, lihtsalt ütlema peavad, muidu hakkame muretsema“.*

Intervjueeritavad selgitavad, et mida rohkem nad erinevates kohtades koos klientidega käivad, seda julgemaks inimesed muutuvad ning seda enam tekib juurde teadmisi linna võimaluste kohta ja hakatakse mõistma, millised tegevused huvi pakuvad ja mida neile meeldiks tulevikus teha.

*Int: „Mõnikord kutsun neid kaasa, kui ma ise kuskile tahan minna, näiteks kino puhul on mitu korda nii olnud“.*

Intervjueeritavad ütlevad, et hetkel on nemad need, kes pakuvad erinevaid üritusi osalemiseks välja, kuid järjest enam leiavad kliendid ise infot linnas pakutavate võimaluste kohta.

*Int: „Kui kliendid kuulevad linnas käies või loevad lehest, et midagi toimub, siis nad räägivad sellest meile, ja siis toetan ka neid, et nad ikka osaleksid ja vajadusel lähen nendega ka kaasa.“*

Intervjuudest tuli välja spetsialistide hirm, et kliendid võivad üksinda linnas liikudes ära eksida, sattuda liiga kaugemale või koheldakse neid linnakodanike poolt pahatahtlikult. Olukorra lahendamiseks on tehtud ennetavad kokkulepped telefoni teel oma asukoha teavitamise kohta.

*Int: „Mõnikord olen juba koju läinud ja siis majast kliendid helistavad, et klient 1 jõudis koju, sa ei pea muretsema.“*

Üleminekuolukorda markeerib situatsioon kaitstud töökohas, kus intervjueeritavate sõnul on hetkel nii, et oma kodudes elavad psüühikahäirega inimesed ja AS-i kliendid töötavad eraldi ruumides. Objektivne põhjus selleks on töövahendite, nagu näiteks kangastelgede,

paigutamise võimalused. Intervjueeritavate ebalevatest vastustest võib välja lugeda, et tulevikus võiksid kõik kaitstud tööl olevad inimesed töötada ühistes ruumides.

*Int: „Kliendid ei ole küll ühes ruumis, kuid aegajalt käib meie klient „linna klientidele“ õpetamas, kuidas paberkorve teha.“*

Klienditööd tegevad spetsialistid ütlevad, et üldiselt nad ei tunne, et klientidel oleks kogukonnas vähe tegevusi. Näiteks saavad pikaajalisel kaitstud töö teenusel kliendid tegeleda oma hobidega ja omavahel suhelda, osaleda väljaspool maja toimuvates tegevustes, käia psüühiliste erivajadustega inimeste laulupeol ja spordivõistlusel.

*Int: „Rohkem võiks olla ühisüritusi, kus erivajadustega kliendid kohtuvad omavahel nagu näiteks laulupidu AS-is on jne.“*

Arenguvõimalusena näevad klienditöö tegijad paremat koostööd psühhiaatritega, pidades silmas, et psühhiaater leiaks võimaluse inimesele vastuvõtt korraldada, kui avalduvad märgid algavast psühhoosist või muust kriisist. Samuti hindavad klienditööd tegevad spetsialistid kõrgelt kogemusnõustamise teenuste mõju klientide heaolule.

*Int: „Paljusid olukordasid saaks ära hoida, kui psühhiaatrid kuulaksid meid rohkem ja aitaks psühhoose vältida kasvõi raviskeemi ülevaatamisega.“*

*Int: „Kogemusnõustamine on mõjukam kui muud nõustamise teenused, sest ma olen saanud klientidelt väga head tagasiside.“*

### **3.1.3 Raha planeerimine ja kasutamine**

Intervjuudest selgub, et kliendi rahade kasutamine on üheks keerulisemaks väljakutseks kogukonnas elamise teenuse pakkumisel. Kõik intervjueeritavad kirjeldavad, et aastakümneid institutsioonides elanud inimestel on raha kasutamisel vähe kogemusi ning oskuseid. Intervjueeritavad selgitasid, et psüühikahäirega inimesed, kes on elanud pikka aega institutsioonis, ei oska arvestada, milliseid kulutusi on neil vaja teha seoses eluaseme kulude katmisega; ravimite, isiklike hügieenivahendite, riiete, suitsude jmt ostmiseks.

*Int: „Nad ostavad deebetkaardiga nii kaua asju, kui ühel hetkel öeldakse, et kaardil pole piisavalt vahendeid ja siis nad on hirmunud.“*

Klienditööd tegevad spetsialistid räägivad, et neil on palju kogemusi, kuidas oskamatu rahakasutamine on toonud klientidele kaasa selliseid probleeme nagu näiteks võlad, teenustest

ilmajäämine, võimetus tasuda ravimite või muudest vajadustest tulenevate kulutuste eest.

*Int: „Meil on klientide rahade kasutamise seoses palju hirme, mis on tekkinud läbi kogemuste.“*

Intervjueeritavad näevad ühe probleemitekitajana linnakeskkonnas kergesti kättesaadavat alkoholi. Nimelt räägivad intervjueeritavad lugusid, kuidas alkoholi joobes kliendid muutuvad kaasklientide ja töötajate suhtes vägivaldseks.

*Int: „Muidu tore ja sõbralik inimene, aga alkoholi tarbides muutub kaasklientide suhtes vägivaldseks.“*

Intervjueeritavad meenutavad varem ettetulnud olukordi, kus psüühikahäiretega inimestelt on raha välja petetud. Näiteks on naabruskonnas elavad inimesed lasknud klientidel osta asju, võtta enda nimele laene ja osta järelmaksuga kaupu.

*Int: „Kahjuks on ka selliseid inimesi, kes kasutavad meie kliente ära ning lasevad omale osta erinevaid asju nii kaua, kuniks kliendi kontol ei ole enam sentigi.“*

Neid olukordi meenutati eelkõige selle tõttu, et mõnedel klientidel tuleb senini võõraid võlgu tasuda. Intervjueeritavatel on hea tõdeda, et uusi väljapetmise juhtumeid ei ole viimasel ajal ette tulnud.

*Int: „Mõned maksavad siiani kümme aastat tagasi tekkinud võlgasid.“*

Intervjueeritavad räägivad, et nad tunnevad vastutust selle eest, et kliendil oleks alati kõik vajalikud maksud makstud ning nad ei satuks olukorda, kus peavad kogukonnas elamise teenuselt suunduma suurema järelevalve määraga teenusele tagasi. Samuti leiavad intervjueeritavad, et nende ülesanne on tagada kõikidele inimestele, kes majas elavad, turvaline ja rahulik elukeskkond, sh kaitsta ja nõustada inimest ka siis, kui ta ise end kahjustab.

Olukord on lahendatud kokkuleppega, kus kliendid on andnud oma deebetkaardid tegevusjuhendajate hoiule. Tegevusjuhendajad rõhutavad intervjuudes, et deebetkaartide nende kätte usaldamine on vabatahtlik ning nad arvavad, et kliendid ise ka kardavad rahaga seonduvate probleemide tekkimist.

*Int: „Kui kaardid on meie käes, siis on lihtsam tagada seda, et klientidel oleks raha ka erijuhtumiteks.“*

Deebetkaarte on igal kliendil võimalik kasutada ja vastutavalt hoiult välja võtta vastavalt kokkuleppele tegevusjuhendajaga.

*Int: „See, et deebetkaardid on hoiul, annab võimaluse enne seda, kui klient poodi läheb, ostud*

*läbi arutada ja teda nõustada, kuigi ka siis otsustab ta lõppkokkuvõttes ise.*“

Pikema arutelu käigus jõudsid intervjuueeritavad seisukohale, et klientide deebetkaartide töötajate käes hoidmine ei ole kõige parem lahendus probleemide ärahoidmiseks, kuid samas ei osatud välja tuua ka tõhusamaid lahendusi.

*Int: „Selliselt raha kasutamine erineb ühiskonnas tavaksolevatest normidest, kuid hetkel ei oska neid teisiti toetada.“*

Tegevusjuhendajad on avatud uute lahenduse proovimiseks ja seejuures on vajalik erinevate spetsialistide tugi ja konsultatsioon.

## **3.2 Vaatluse käigus saadud tulemused**

### **3.2.1 Ühiselu kokkulepped**

Vaatlustulemusi analüüsid selgus, et kogukonnas elamise teenuseüksuses püüavad tegevusjuhendajad anda klientidele vastutust nendes igapäevaelu tegevustes, mis puudutavad ühiselu aspekte majas nagu näiteks menüü koostamine, toiduvalmistamine, koristamine, majapidamistarvete ostmine jm majapidamistööd. Nägin olukordi, kus töötajad julgustasid kliente oma arvamust ja soove avaldama.

*V: „No kuulge, Teie ikka peate ütleva, kuidas me teeme.“*

*V: „Aga mis te ise teha soovite?“*

Vaatluse ajal pöördusid töötajad klientide poole ja palusid neil selgitada ja kirjeldada oma eelistusi nädala menüü koostamisel, toitude komponentide valimisel üheks toidukorraks ning majapidamistarvete ostmiseks poenimekirjade koostamisel.

Nägin situatsioone, kus töötaja osales koos kliendiga tegevuses, kuid ei võtnud selles protsessis juhtimist üle, vaid jättis vastutuse kliendile.

*V: „Tegevusjuhendaja läheb kliendile kööki appi, kui näeb, et klient hakkab kartuleid kurnama ning pannil olev vorst, millest tehakse kastet, hakkab kõrbema. Töötaja hakkab pannil olevat vorsti segama ja küsib kliendilt: „Kas panen jahu pannile või tahad kohe potis kastet teha?“*

Vaatlusest selgus, et enamikes olukordades ei oska kliendid töötajate poolt esitatud elukorralduslikele küsimustele vastata ning paljudes olukordades, kus on vaja vastu võtta otsus, lükatakse see töötajale tagasi.

*V: Klient ütleb: “Sina oled meil peakokk, otsusta ise, kuidas parem on.” Töötaja vastab: „Miks*

*sa ise ei ütle, kuidas peab?“*

Vaatlustulemustest tuli välja, et kliendid on oma soovide avaldamisel ja valikute tegemisel ebakindlad. Nägin korduvalt olukordi, kus kliendid esitasid oma mõtted kõva häälega, et näha, kuidas töötajad reageerivad.

*V: „Ei tea, kas peaks rattaga sõitma minema?“*

*V: „Äkki peaks täna õele helistama?“*

*V: „Ma pakun külalisele kohvi?“*

*V: „Ma võtsin pesud välja, peaks vist kuivama panema?“*

*V: „Kas ma võin magama minna (kell on 12:15) ?“*

Vaatlustulemustest selgus, et paljudes olukordades, kus kliendid on ebakindlad, püüavad tegevusjuhendajad siiski otsustamise kliendile tagasi lükata, arutades seejuures koos klientidega olukorra läbi.

Eriolukordades ja kokkulepetest mittekinnipidamisel nägin, et töötajad räägivad klientidega rahulikult toonil, küsivad selgitusi ja arutlevad võimalike tagajärgede üle. Vaatluse olukordades ei näinud süüdistamist, halvustavat hoiakut või karistamist. Vaatluse ajal märkasin elutoa seinal kodukorda, kus olid kirjas ühiselu kokkulepped (näiteks külaliste kutsumine tegevusjuhendaja kooskõlastamisel).

*V: Klient kutsub endale külalise sellel ajal, kui töötaja on teiste klientidega mäel kelgutamas ning üks majja jäänud klient helistab töötajale, et teine koju jäänud klient on rikkunud kokkuleppeid ja kutsunud külla võõra inimese. Töötaja võttis info teadmiseks, kuid ei katkestanud pooleliolevat tegevust teiste klientidega. Maja juurde liikudes sõitis see klient, kes oli endale külalise kutsunud, töötajale jalgrattaga vastu ning ütles: „Noh, kas nüüd on jama?“ ning töötaja selgitas kliendile rahulikult: „Me peame sellest rääkima. Mis sõber see oli?“ Töötaja on rahulik ja mõistlik ning selgitab: Me oleme sellest ka varem rääkinud, et kui kedagi majas ei ole, siis võõraid ei tohiks kutsuda, see võib lõppeda kõigi jaoks halvasti...“ Edasi jätkati vestlust nelja silma all ning seda ma vaatluse ajal ei kuulnud.*

Vaatluskogemuse põhjal julgen väita, et nii psüühikahäiretega inimesed kui ka tegevusjuhendajad võtavad neid olukordi kogemusest õppimisena.

### **3.2.2 Kaupluses käimine**

Vaatluse perioodil nägin ühel päeval, kuidas psüühikahäirega inimesega kaupluses käimist

isiklikuks tarbeks sisseoste tegemas. Kaupluses käimisele eelneb ettevalmistus. Poe päevad on klientide jaoks olulised ning vaatluse perioodil nägin ja kuulsin iga päeva selleteemalisi arutelusid. Vastastikku uuritakse, millal keegi on kokku leppinud tegevusjuhendajaga koos poodi minemise päevad. Lisaks nägin vaatluse perioodi jooksul, et kliendid valmistuvad 2-3 päeva ette enne kui nad poodi lähevad.

*V: Klient räägib: "Ma lähen homme poodi." „Panin juba eile õhtul asjad valmis.“*

Ettevalmistus kauplusesse minekuks tekitab elevust ja see võimalus tekitab uhkustunnet. Vaatluse käigus nägin, et kliendid arutavad koos töötajatega enne poodi minemist ostud läbi ja tegevusjuhendaja on toeks, kui ostunimekirja üle vaadatakse. Tegevusjuhendajad aitavad pöörata klientide tähelepanu sellistele ostudele, mis puudutavad hügieeni, jalanõusid, telefoni kõnekaartide ostmist.

*V: Klient ja töötaja istuvad elutoas oleva laua taga ning arutavad, mida klient on juba nimekirja kirjutanud. Töötaja küsib kliendilt: „Kas sul dušigeeli veel on?“ Klient vastab: „Ma ei tea, vist on?“ Töötaja ütleb: „Ole hea vaata kõik pesemisvahendid üle, äkki on midagi juurde vaja!“ Klient läheb oma tuppä asju kontrollima ja ütleb tagasi tülles: „pool on alles.“ Töötaja küsib, mida on pool alles?“ Klient ütleb: „seepi“. Töötaja küsib: „Aga muud asjad?“ Klient vastab: „Ma ei tea.“ ning läheb uuesti oma tuppä. Töötaja tõuseb diivanilt ning järgneb kliendile, et aidata tal üle vaadata, kõik hügieeni tarbed.*

Nendel vaatluse päevadel, kui klientidega poes käidi, olid teenust saavad isikud end juba hommikul vara sättinud viisakalt riidesse, pannud valmis poekoti ja ostunimekirja, et koheselt poe poole hakata liikuma, kui tegevusjuhendaja annab teada, et muud töökohustused on täidetud ning tal on aega kliendiga poodi minna.

*V: Seisab 40 minutit müts peas, poekotti ja ostunimekirja näpus töötaja läheduses.*

*V: Töötaja avab lukustatava metallkapi ning ulatab kliendile deebetkaardi ning küsib: „Kas pinn on meeles?“ Klient vastab: „Telefonis on.“ Töötaja naeratab kliendile ja hakkab end riidesse panema. Samal ajal tuleb oma toast välja teine klient, kes hüüab: V: „Onju töötaja sa lähed A-ga (nimi muudetud) poodi kaasa, sest ta ostab muidu šampust.“ Töötaja ei reageeri märkusele, mille klient oli teinud ning ütles A-le: „Kuule lähme minu autoga, täna on külm.“*

Poest tagasi naastes on kõigil üksuse elanikel palju elevust. Üks klient, kes ei olnud veel käesoleva kuu jooksul poodi jõudnud oli pahur ning väljendas oma pahameelt samal ajal kui teised uurisid, mida poest tulnud klient ostis.

*V: A tuleb poest tagasi ning klient 1 jookseb tema juurde ja küsib: „Mida sa ostsid?“ A kõnnib*

pea püsti, nagu naerul ja ostukott käes läbi elutoa köögi poole ning ütleb: „Näed kirsibrändi jäätist, ma lähen panen asjad külmkappi.“ Klient 1 küsib: „Kuhu siis töötaja jäi?“ A vastab, et töötaja läks teise üksuse klientidega poodi. Kolmas klient (klient3) sekkub vestlusesse ja ütleb: „Alles eelmisel nädalal nad ju käisid poes.“ Poest tulnud klient paigutab asju külmkappi ning klient 3 ütleb kõva häälega ja järsu tooniga: „Ärge hoidke seda külmkapiust nii kaua lahti ning see köögirätik tuleks ära vahetada, see on must.“ Klient, kes asju külmkappi pani viib ülejäänud poest ostetud kauba oma tuppa ning oma toast tagasi tulles pakub kõigile marmelaadi kommi.

Nägin vaatluse perioodil, kui oluline on klientide jaoks poes käimine ja kui murelikuks võivad kliendid muutuda, kui nad pole kuu jooksul veel poodi jõudnud.

### 3.2.3 Töötaja aktiivsus ja kliendi aktiivsus

Vaatluse perioodi jooksul märkas, et töötaja tööpäevad on väga intensiivsed ning kliendid vajavad töötajaid enda kõrvale peaaegu kõigis igapäevaelu puudutavates olukordades.

V: Tööle tulles küsib töötaja: „S, kas sul on kell 11:00 täna töötukassa?“ Klient vastab: „Vist jah.“ Töötaja vaatab arvutist järgi ja ütleb: „Mingi poole ajal peaks vist liikuma hakkama?“ Klient läheb oma toa poole ja hüüab kõrgendatud rõõmsal hääletoonil: „Poole ajal liikuma, jah!“ Töötaja järgneb kliendi tупpa ning nad vestlevad omavahel. Peale toast väljumist on kliendil töötukassas vajaminevad dokumendid käes ning töötaja küsib: „Kas sa soovid, et tuleksin kaasa või lähed üksi?“ Klient vastab ma ei tea: Töötaja küsib: „Aga kes siis teab?“ Klient vastab: „Tule vist ikka.“ Töötaja läheb kliendiga kaasa ning nad on umbes 20 minutit linnas.

Vaatluse ajal nägin iga päev vähemalt üks olukorda, kus töötaja märkas kedagi, kes oli tujust ära või ärritunud. Kõikidel kordadel töötajad pöördusid kliendi poole, pakkudes neile oma tuge.

V: Klient hakkab endale haiget tegema, lööb ennast kätega vastu pead! Töötaja ütleb leebel ja rahuliku häälega: „L, palun ära tee nii!“ „L, palun ära tee endale haiget!“ „Palun lõpeta ära, kas midagi on juhtunud?“ Klient ei vastanud midagi. Töötaja küsis: „Kas soovid räägime omavahel, ma tulen su tупpa?“ Klient ei öelnud midagi ning läks oma tупpa. Veidi aja pärast klient hüüdis: „Millal sa siis tuled?“ Töötaja vastas: „Ma täidan kalenderplaani lõpuni, kohe tulen.“ 10 minutit hiljem läks töötaja kliendi tупpa, kus nad viibisid umbes 30 minutit.

Seda millest, klient ja töötajad rääkisid ma vaatluse käigus teada ei saanud, kuid kliendi tuju oli peale vestlust paremaks läinud.

Toiduvalmistamise situatsioone vaadeldes nägin, et psüühikahäirega inimesed on toiduga ümberkäimisel väga püüdlikud. Samas kui töötajat lähedused ei ole, tuntakse ebakindlust.

Töötajad omaltpoolt reageerivad olukorrale selliselt, et käivad muude tegevuste kõrvalt iga natukese aja tagant kontrollimas toiduvalmistamist kuumtöötlemisel.

*V: Töötaja käib köögis toimetavaid inimesi vaatamas ning kliendid paluvad abi: Klient 1: „Vaata, kas kartul on pehme!“ Töötaja torgib noaga kartuleid ning ütleb: „Veidi vist tahab veel.“ Klient 2 küsib: „Kas peaks kapsal tule keerama nõrgemaks?“ Töötaja vastab: „Tule võib täitsa ära võtta.“ Klient 1 küsib: „Kuule, mis kaussi salat läheb?“ Töötaja vastab: „Ma ei tea, vaata, millisesse kaussi see võiks mahtuda.“ Klient 1 kurnab kartuleid ning põletab end kartuli auruga ja teeb: „ai, ai, ai.“ Töötaja läheb talle abiks ja aitab kartuli poti hetkeks kõrvale tõsta.*

Vaatluse ajal nägin, et kliendid suudavad tegevusi iseseisvalt sooritada ja samas vajavad nad tähelepanu juhtimist, kui midagi on vaja ära teha ning suunavaid nõuandeid, kuidas teha.

*V: Töötaja märkus kliendile: „Minu meelest sa võiksid kuivad sokid jalga panna!“ Klient suundus sokke vahetama.*

*V: Töötaja märkus kliendile: „Enne, kui te jalutama lähete, äkki ajad habeme ära!“ Klient läheb habet ajama ja vannitoast tagasi tülles ütleb: „Noh, olen ilus vä, olen vä?“ Töötaja vastab: Tubli, su habe oli tõesti pikaks kasvanud!“*

*V: Töötaja märkus klientidele: „Kellegi pesud on pesumasinas, ja pesumasin on ammu juba lõpetanud!“ Pesumasina juurde liigub klient, kelle pesud on masinas ja ütleb: „Juba lähen!“*

*V: Töötaja märkus kliendile: „Kuulge, ärge sööge kogu liha ära, mis me supi sisse muidu paneme?“ klient vastab: „Ah käi metsa, seda on palju.“ Töötaja hakkab naerma ja ütleb: „No ise teate!“*

Vaatluse käigus nägin paradoksaalset olukorda, mis väljendub selles, et töötaja tööpäev on väga intensiivne ning teiselt poolt klientidel on suhteliselt vähe mõtestatud tegevust - kõige mõtestatum tegevus on pikaajalisel kaitstud töö teenusel käimine. Selle mõtteni viisid mind olukorrad, kus ma nägin, et kliendid näiteks ootavad poolteist tundi järgmist toidukorda ja aktiivseid tegevusi ei algata.

*V: Kogukonna elamise teenuselt käiva 5 klienti pikaajalisel kaitstudtöö teenusel, mida pakub üks kohalik osaiühing ning 1 klient töötab avatud tööturul kojamehena 0,5 koormusega. Pikaajalisel kaitstudtöö teenusel käivad kliendid on tööl ühel nädalal 2 päeva ning teisel nädalal 4 päeva. Ühel nädalal algavad tööpäevad kell 8:30 ja lõppevad 12:30 ning teisel nädalal algava 12:30 ja lõppevad 16:30. Kojamehena töötaval kliendil algasid tööpäevad umbes kuue paiku hommikul*

*ning lõppesid umbes 10 paiku hommikul.*

Nägin vaatluse ajal, et nendel päevadel kui kliendid tööl ei käi või selle aja sees, kui tööaega ei ole, siis klientide päev koosneb reeglina toiduvalmistamisest, söömisest, lõunauinakust, ristsõnade lahendamisest, teineteisega vestlemisest, linnas jalutamisest ning muusika kuulamisest ja televiisori vaatamisest.

Toon siia kõrvale töötaja poolse mõtte olukorra selgitamiseks, mis pärineb intervjuust.

*Int: „Kuidagi on välja kujunenud, et kui meil on siin vahepeal lühemad tööpäevad, siis on selline tunne, et kui mina nüüd töölt ära lähen, et nemad peaks siis kohe ruttu enne seda sööma hakkama. Ma räägin, et teil on aega õhtul süüa küll, et sööge hiljem, et ei ole ju vaja selle pärast süüa, et me nii harjunud oleme.“*

See tsitaat väljendab, et töötajad tunnetavad, kuidas initsieerima kõiki ühistegevusi ja aktiivselt kohal olema. Samas hea on näha, et töötajad on agiilsed ja mõtlevad sellele, et inimeste igapäevased tegevused (nagu näiteks õhtusöögi ajad, magama mineku kellaajad) oleksid paindlikumad.

## 4 ARUTELU

*„Kogukonda kolimine ei ole institutsioonide lõpp  
vaid personaalse taastumise teekonna algus!“*

*(Narusson, Ainsaar, 2018)*

Üleminekuprotsess kogukonnapõhiste teenustele on muutus, mille planeerimisel on oluline korraldada läbimõeldud toetus, mis aitab kaasa psüühikahäiretega inimeste kogukondlikule integratsioonile, kontaktide loomisele, kohanemisele ja elu väljakutsetega hakkamasaamisele (Hamelin, Frijters, Griffiths, Condillac, ja Owen, 2011). Minu uurimistulemused näitasid, et psüühikahäiretega inimesed, kes elavad kogukonnas elamise teenusel, osalevad pigem vabas õhus toimuvatel-, kui siseruumides aset leidvatel üritustel. Nii intervjuudest kui ka vaatlusest tuli välja, et psüühikahäiretega inimesed võtavad osa linnapäevadest, advenditule süütamisest, vastlaliu laskmisest ja muudest samalaadsetest üritustest, mis on kõigile linnakodanikele mõeldud. Vähe nimetati osalemist tegevustes, mis on küll mõeldud linnarahvale, kuid leiavad aset siseruumides. Intervjueeritavad nimetasid siseruumides toimuvatest tegevustest teatris käimist, raamatukogu külastamist ning pikaajalisel kaitstud töö teenusel osalemist. Lisaks sellele on kogukonnas elamise teenusel elavatel psüühikahäiretega inimestel enamjaolt suhted nende inimestega, kellega nad puutuvad kokku teenuse saamise raames nt. kaaskliendid ja töötajad.

Intervjuudest ja vaatlusest selgus, et psüühikahäiretega inimestel, kes elavad kogukonnas elamise teenusel on vähe enesepoolset algatust, nad ootavad töötajate reaktsioone oma mõtetele ja vajavad pidevat kõrvalt suunamist ja juhendamist. Sellest tulenevalt on kogukonnas pakutavate võimaluste kasutamisel reeglina töötaja see, kes otsib tegevusi ning initsieerib tegevustes osalemist. Intervjueeritavad rääkisid, et mõned kliendid ei julge üksi käia üritustel ning mõned kliendid ei tule selle peale, et võiks osaleda sellistes tegevustes, mis toimuvad väljapool teenuse osutamise kohta. Toetudes Lamb ja Bachrach (2001) ning Jones ja Flowes (1984) analüüsidele, siis psüühikahäiretega inimeste passiivsus peale institutsioonis elamist on ülemineku perioodile iseloomulik

institutsiooniline pärand, sest psüühikahäiretega inimesed on harjunud viibima teenuse osutamise kohas, kus nende elu juhitakse töötajate poolt.

Nii vaatlusest kui ka intervjuude analüüsist selgus, et psüühikahäiretega inimeste kogukonnas osalemine väljendub kõige enam pikaajalisel kaitstud töö teenusel käimises. Klientidel on palju vaba aega, mida praegu sisustatakse, kas televiisori vaatamisega, muusika kuulamisega, uinakute tegemisega või niisama järgmise toidukorra ootamisega ja intervjuudest tuli välja, et klienditööd tegevad spetsialistid ei ole mõelnud sellele, et otsida naabruskonnas pakutavaid huvitegevusi, milles osalevad ka teised piirkonnas elavad inimesed (spordisaal, koorilaul, aeroobika, rahvatantsuring jne. tegevused). Klienditööd tegevad spetsialistid ütlevad, et rohkem võiks olla selliseid psüühikahäiretega inimestele mõeldud ühisüritusi nagu puuetega inimeste laulupidu või paraolümpia. Mõningaid huvitegevusi on püütud pakkuda kogukonnas elamise ruumides. Slade (2017) ütleb, et psüühikahäiretega inimeste taastumise toetamisel on oluline leida mõtestatud tegevusi, edendada suhteid teiste inimestega ning saada vastastikkust toetust, sest see aitab inimesel leida oma tugevusi, tõlgendada oma kogemusi, määratleda enda sotsiaalset rolli ning kujundada positiivset identiteeti. Psüühikahäiretega inimeste taastumise protsessi toetamiseks on oluline saada teada, mis on inimese huvid, mida nad hea meelega teha sooviksid ning kuidas oleks võimalik aidata inimestel lähtuvalt oma soovidest koostada nädalaplaan, milles on inimeste endi valitud ja nende jaoks eluliselt olulised tegevused. Näen, et inimeste huvide uurimiseks on hea vahend kogukonnas elamise teenusel kasutatav tegevusplaan, kuid samas puuduvad klienditööd tegevatel spetsialistidel oskused inimeste unistustest eesmärgke teha (Hollander ja Wilken, 2015).

#### **4.1 Tegevusplaan**

Intervjuude tulemustest selgus, et kogukonnas elamise teenuse raames on igale kliendile koostatud isiklik tegevusplaan. Hollander ja Wilken (2015) ütlevad, et kliendi personaalse tegevusplaani eesmärk on aidata psüühikahäiretega inimestel säilitada struktuur ja ülevaade oma elust ka siis, kui nad ei suuda selgelt mõelda (korruga palju väljakutseid, ravimitest tingitud kõrvalnähtud, probleemid mälu). Klienditööjuht rääkis intervjuu ajal, et individuaalse tegevusplaani koostamisel on oluline silmas pidada, et psüühikahäiretega inimeste puhul on oluline lähtuda nende tugevustest, unistustest ning soovidest (sh. tegevusplaani koostamisel). Ta rõhutas, kui oluline on, et klient oleks

kaasatud tegevusplaani koostamise ning eesmärkide sõnastamise. Samas rääkisid tegevusjuhendajad intervjuudes, et tegevusplaani on olulised, et arendada psüühikahäiretega inimeste neid oskuseid, milles nende toimetulek on madal (enesehügieen, raha kasutamine, vähesed koduste toimingute läbiviimise oskused). Võib nõustuda, et enesehooldustoimingutes on oluline toimetuleku tõstmine, kuid samas teistes eluvaldkondades tasub keskenduda kliendi tugevuste edasiarendamisele. Slade (2014) ütleb, et positiivse identiteedi loomine aitab inimesel näha end väljaspool haigust ning see on esimene personaalse taastumise toetamise ülesanne.

Tegevusjuhendajad kirjeldasid intervjuudes, et tegevusplaanide koostamine on keeruline protsess, sest psüühikahäiretega inimesed ei ole eesmärkide püstitamisest huvitatud, ning sellest tulenevalt nad ei kaasa otseselt kliente tegevusplaanide koostamise protsessi. Samas pidasid tegevusjuhendajad oluliseks, et kliendile meeldiks tema tegevusplaan ning sellest tulenevalt arutatakse psüühikahäiretega inimestele seatud tegevused koos läbi. Slade (2014) toonitab, et kliendi kaasamine neid puututavatesse protsessidesse on oluline, sest teemad, olukorrad ja soovid, mis ühe inimese jaoks on olulised ei pruugi teise inimese jaoks olulised olla ning ainult inimene ise saab otsustada, millised on tema väärtused. Tegevusplaanide koostamise puhul on väljakutseks, kuidas saavutada olukord, et tegevusplaanide koostamine on mõlemale osapoolle huvitav ja kõnetab neid.

Kuna intervjuudest selgus, et tegevusplaan on oluline kliendi elu korraldamise instrument, siis tegevusplaanide koostamine eeldab lähenemisviise, kus klient ja töötaja teevad individuaalset ja tihedat koostööd, mille tulemusel kaardistatakse inimese oskuste, kogemuste ja võimaluste baasid (Duncan ja Miller, 2000). Leamy (2011) uuringus osalejad rõhutasid, et lähenemised, mis uurivad nende tugevaid külgi, eesmärke, väärtusi ning ravisuhteid, aitavad neil tunda end võimekamatena ning leida lootus tuleviku osas. Taastumise kogemusega inimesed on kirjeldanud taastumise protsessi kui elumuutvat kogemust, mille käigus tekib uue elumõtte leidmine ning suutlikkus oma elu ise juhtida (Leamy jt, 2012; Law ja Morrison, 2014).

#### **4.2 Aktiivsus ja vastutus**

Minu uurimistulemustest tuli välja, et psüühikahäiretega inimesed, kes elavad kogukonnas elamise teenusel on ebakindlad ning ootavad peaaegu kõigis igapäevaelu tegevustes klienditööd tegevate spetsialistide suunamist ja abi. See on tekitanud olukorra,

kus klienditööd tegevate spetsialistide tööpäevad on väga intensiivsed, sest nad püüavad toetada korraga 10 inimest korraga ning psüühikahäiretega inimeste vastutus oma elu korraldamisel on vähene või sõltuvuses töötajast. Nimelt selgus vaatluse käigus, et töötajad saadavad psüühikahäiretega inimesi asjaajamisel, toetavad ja kontrollivad söögivalmistamisel, kuulavad muresid, suunavad enesehooldustoimingutesse, aitavad raha planeerida ja poes käia. Intervjuueritavad selgitasid, et näiteks kliendi raha kasutamisega seonduvad hirmud olid neil tekkinud negatiivsetest kogemustest. Samas intervjuude käigus selgub, et praeguses kogukonnas elamise üksuse need hirmud realiseerinud ei ole. Hamelin jt (2011) tehtud metaanalüüsi tulemusel leiti, et psüühikahäiretega inimeste enese eest hoolitsemise oskused, iseseisev toimetulek kogukonnas, kognitsioon ja ametialased oskused on märkimisväärselt paranenud, kui neil on võimalus õppida läbi reaalsete eluolukordade. Seega näen, et üheks võimaluseks klientide ja töötajate vahelise aktiivsuse tasakaalu saavutamiseks on võtta kasutusele meetmed, mis aitavad suurendada järkjärguliselt klientide vastutust.

Psüühikahäiretega inimeste vastutust saaks aidata suurendada väikeste sammude kaupa, mis on märgitud tegevusplaanis selliselt, et inimene teab, mida ta võib teha ilma kokkulepeteta ning milliseid olukordi tuleks eelnevalt töötajatega arutada. Lisaks näen, et linnakeskkonnas elades on võimalik kasutada vabatahtlike inimeste kaasamist, kes saadaksid vajadusel kliente asjaajamisel, toetaksid söögivalmistamisel või võtaksid psüühikahäiretega inimesed kaasa mõnda huvitegevusse. Vabatahtlike kaasamise väärtus seisneb sellest, et elanikud saavad võtta vastutuse, et tutvustada neile oma elukorraldust ja demonstreerida oma oskuseid, mis suurendavad ühtlasi nende iseseisvust. Samas vabatahtlikud on võimelised märkama ohuolukordi ja neile reageerima (toidu kuumtöötlus, konfliktid suhtlemisel). Selliselt klientide toetamise korraldamine tähendab töötaja järkjärgulist taandumist tegevustest, kus tema kohaolu pole hädavajalik. Lisaks sellele eeldab see naabruskonnas elavate inimeste kaasamist. Näiteks selliste ürituste korraldamine kogukonnas elamise teenusel olevate inimeste poolt, mis on huvitav ja meeldiv nii psüühikahäiretega inimeste jaoks kui ka naabruskonna inimeste jaoks (Hollander ja Wilken, 2015).

## KOKKUVÕTE

Minu magistritöö eesmärk oli mõista kogukonnas elamise teenusel viibivate psüühikahäiretega inimeste argipäevas toimuvat. Uurimuse koostamisel kasutasin kvalitatiivset meetodit. Uurimuse läbiviimiseks kasutasin kahte andmekogumise meetodit, milleks olid argipäeva vaatlus ja poolstruktureeritud intervjuud. Argipäeva vaatlusel uurisin sotsiaaltööd tegevate spetsialistide interaktisooni psüühikahäiretega inimestega igapäeva elu toimingutes ning poolstruktureeritud intervjuudes uurisin, kuidas klienditööd tegevad spetsialistid tõlgendavad erinevaid igapäeva elus ettetulevaid olukordi ning mida nad peavad oluliseks psüühikahäiretega inimeste toetamisel.

### Minu magistritöö uurimisküsimused on:

1. Kuidas toetatakse kogukonnas elamise teenuse inimeste osalemist kogukonna elus?
2. Kuidas rakendatakse kogukonnas elamise teenusel personaalse taastumise protsessi põhimõtteid?

Intervjuudest ja vaatluse käigus saadud andmete analüüsid tegin eraldi. Andmete analüüsimisel kasutasin temaatilise analüüsi meetodit, mille moodustavad andmete kogumine, andmete avatud kodeerimine, teemade identifitseerimine, teemade lõplik nimetamine ja temaatiline andmete analüüsi kirjutamine. Andmete avatud kodeerimisel leidsin andmetes peidus olevad teemad ning lõin sarnastest teemadest kategooriad. Sarnased kategooriad liitsin omavahel kokku ning nendest kujunesid uurimise tulemuste peatüki alapealkirjad intervjuu tulemuste ja vaatluse tulemuste osasse.

Minu uurimistulemustest selgus, et psüühikahäiretega inimestel, kes elavad kogukonnas elamise teenusel on vähe enesepoolset algatust. Nad ootavad töötajate reaktsioone oma mõtetele ja vajavad pidevat kõrvalt suunamist ja juhendamist. Lisaks sellele on psüühikahäiretega inimeste kaasatus kogukonnas madal ning psüühikahäiretega inimestel on enamjaolt suhted nende inimestega, kellega nad puutuvad kokku teenuse saamise raames. Psüühikahäiretega inimeste kogukonnas osalemine väljendub kõige enam pikaajalisel kaitstud töö teenusel käimises ning klientidel on palju vaba aega, mida praegu sisustatakse, kas televiisori vaatamisega, muusika kuulamisega, uinakute tegemisega või niisama järgmise toidukorra ootamisega. See on tekitanud olukorra, kus klienditööd tegevate spetsialistide tööpäevad on väga intensiivsed, sest nad püüavad

toetada 10 inimest korraga ning psüühikahäiretega inimeste vastutus oma elu korraldamisel on vähene või sõltuvuses töötajast.

Uurimistulemustest selgus, et kogukonnas elamise teenusel on kasutamata võimalusi, millega saaks klientide iseseisvust suurendada ning töötajate töökoormust vähendada. Näiteks on senini kasutamata võimalused, mida pakub linna keskkond läbi huviringide. Lisaks sellele pole loodud naabruskonnaga sellist kontakti, mis võiks aidata kaasa psüühikahäiretega inimeste igapäevaelu toetamisele. Samuti selgus, et psüühikahäiretega inimeste huvide uurimiseks on hea vahend kogukonnas elamise teenusel kasutatav tegevusplaan, kuid klienditööd tegevatel spetsialistidel puuduvad oskused inimeste unistustest eesmärgi teha ning klienditööjuhi ja tegevusjuhendajate arusaamad tegevusplaani koostamise põhimõtetest on erinevad. Sellest tulenevalt on kliendi isiklik tegevusplaan töötajate jaoks dokument, mille täitmine koos klientidega on keeruline, kliendid ei tunne huvi tegevusplaani koostamisel osalemisest ning psüühikahäiretega inimeste huvid pole teada.

Tuginedes magistritöö tulemustele teen järgmised ettepanekud:

1. Psüühikahäiretega inimeste taastumise toetamiseks tuleks kasutusele võtta tõendus põhised sekkumised;
2. Kliendi isikliku tegevusplaani koostamine tuleks mõelda selliselt läbi, et see aitaks toetada psüühikahäiretega inimeste personaalset taastumist ning oleks huvitav protsess nii klientide kui ka töötajate jaoks;
3. Kogukonnast tuleks leida huviringe ja tegevusi, millest psüühiliste erivajadustega inimesed saaksid osa võtta koos teiste linna elanikega;
4. Edendada tuleks suhteid naabruskonnaga ning kaasata vabatahtlike sellisel viisil, et nad saaksid kaasa aidata psüühikahäiretega inimeste toimetuleku toetamisele.

Kogutud andmed näitasid, et uurimusele püstitatud küsimused said vastatud ning uurimistulemused on suurepärase aluse antud teema edasiseks uurimiseks.

## KASUTATUD ALLIKAD

1. Almeida, J.M. C., Mateus, P., Tomé, G., Katschnig, H., Hinkov, H., Sooniste, S.,... Samele, C. (2016). Joint Action on Mental Health and Well-being. Kasutatud 1.02.2018 <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/WP5%20Final-20151203075843.pdf>
2. Arnstein, S.R. (1969). A Ladder of Citizen Participation. Originally published as Arnstein, Sherry R. "A Ladder of Citizen Participation," JAIP, Vol. 35, No. 4, July 1969, pp. 216-224.
3. AS Hoolekandeteenused - Aastatel 2007- 2013. (s.a.). Kasutatud 24.05.2018 <http://www.hoolekandeteenused.ee/pages/valisveeb/teenusekohtadekaasajastamine/aastatel-2007-2013.php>
4. Asiamah, D., Chien, H. V., Davis A. B., Kloos, B., Kurzban, A. ja Townley, G. (2014). Recovering Community in Mental Health. *Community Psychology and Community Mental Health: Towards Transformative Change* (lk 1- 31). Oxford Scholarship Online. Kasutatud 12.05.2018 DOI:10.1093/acprof:oso/9780199362424.001.0001
5. Bachrach, L. L., & National Institute of Mental Health (1976). Division of Biometry and Epidemiology. *Deinstitutionalization: an analytical review and sociological perspective*. Washington: National Institute of Mental Health. Kasutatud 04.02.2018 <http://archive.org/details/deinstitutionali00bach>
6. Bazelon, J. D. L. ja Koyanagi, C. (2007). *Learning From History: Deinstitutionalization of People with Mental Illness As Precursor to LongTerm Care Reform*. Washington: The Henry J. Kaiser Family Foundation. Kasutatud 14.03.2018 <https://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/01/7684.pdf>
7. Bigby, C. (2012). Social inclusion and people with intellectual disability and challenging behaviour: A systematic review. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 37(4), 360–374. Kasutatud 18.05.2018 <https://doi.org/10.3109/13668250.2012.721878>
8. Boutillier, C., L., Bird, V., Pesola, F., Leamy, M., Norton, S., Slade, M. ja Williams, J. (2015). Development and evaluation of the INSPIRE measure of staff support for personal recovery. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 50:777–786.
9. Bracken, P., Thomas, P., Timimi, S., Asen, E., Behr, G., Beuster, C., ...Yeomans, D. (2012). Psychiatry beyond the current paradigm. *The British Journal of Psychiatry*.
10. Braun, V. ja Clarke. V (2006). Using thematic analysis in psychology. Kasutataud 12.03. 2018 [http://eprints.uwe.ac.uk/11735/2/thematic\\_analysis\\_revised...](http://eprints.uwe.ac.uk/11735/2/thematic_analysis_revised...)
11. Bullock, C. C., ja Mahon, M. J. (2017). *Introduction to Recreation Services for People with Disabilities* (4th). Sagamore Publishing.
12. Chow, W. S., ja Priebe, S. (2013). Understanding psychiatric institutionalization: a conceptual review. *BMC Psychiatry*, 13, 169. Kasutatud 28.05.2018 <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-169>

13. Creating a community where everyone belongs. (s.a.). The Five Accomplishments. Kasutatud 12.02.2018 [http://inclusionwa.org.au/download/OBrien\\_Five\\_Accomplishments.pdf](http://inclusionwa.org.au/download/OBrien_Five_Accomplishments.pdf)
14. Davey, S. ja Gordon, S. (2017). Definitions of social inclusion and social exclusion: the invisibility of mental illness and the social conditions of participation. *International Journal of Culture and Mental Health*, 10(3), 229–237. <https://doi.org/10.1080/17542863.2017.1295091>
15. Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K. ja Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry*, 11(2), 123–128.
16. Drake, R. E., & Whitley, R. (2014). Recovery and Severe Mental Illness: Description and Analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59 (5), 236–242. Kasutatud 12.03.2018 <https://doi.org/10.1177/070674371405900502>
17. Duncan, B. L., Miller, S. D., Sparks, J. A., Claud, D. A., Reynolds, L. R., Brown, J., ja Johnson, L. D. (2003). The Session Rating Scale: Preliminary Psychometric Properties of a “Working” Alliance Measure, 10.
18. Dunn J. (1996): Children's relationships: Bridging the divide between cognitive and social development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37(5), 507–518
19. Euroopa Komisjon. (i.a.): *Üleminek institutsioonilistelt teenustelt kohalikele teenustele („deinstitutionaliseerimine”)*. Kasutatud 3.04.2018 [http://ec.europa.eu/regional\\_policy/et/policy/themes/social-inclusion/desinsti/](http://ec.europa.eu/regional_policy/et/policy/themes/social-inclusion/desinsti/)
20. Euroopa parlament ja Euroopa nõukogu. (2013). Euroopa Parlamendi ja nõukogu määrus (EL) nr 1304/2013, 17. detsembri 2013, mis käsitleb Euroopa Sotsiaalfondi ja millega tunnistatakse kehtetuks nõukogu määrus (EÜ) nr 1081/2006. Kasutatud 12.02.2018 <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013R1306&from=et>
21. European Expert Group: *Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care*. (2012). Kasutatud 14.03.2018 [http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti\\_\\_pdf/sociala/CEG.pdf](http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/sociala/CEG.pdf)
22. European Network on Independent Living. (2017). *So Close, Yet So Far*. Kasutatud 12.02.2018 [http://enil.eu/wp-content/uploads/2017/10/DisabilityWatchdog\\_Estonia\\_Oct2017\\_Final.pdf](http://enil.eu/wp-content/uploads/2017/10/DisabilityWatchdog_Estonia_Oct2017_Final.pdf)
23. Fakhoury, W. ja Priebe, S. (2007). Deinstitutionalization and reinstitutionalization: major changes in the provision of mental healthcare. *Psychiatry*, 6(8), 313–316. Kasutatud 18.03.2018 <https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2007.05.008>
24. Flower, A. J. ja Jones, K. (1984). *Understanding Health and Social Care. An Introductory Reader, published by Sage in association with The Open University and forms part of The Open University course*, 103–106. Kasutatud 12.03.2018 [http://www.open.edu/openlearn/ocw/pluginfile.php/638332/mod\\_resource/content/1/chapter13.pdf](http://www.open.edu/openlearn/ocw/pluginfile.php/638332/mod_resource/content/1/chapter13.pdf)

25. Flynn, R. J. ja Lemay, R. (Toim). (1999). *A Quarter-Century of Normalization and Social Role Valorization : Evolution and Impact*. Ottawa: Les Presses de l'Université d'Ottawa | University of Ottawa Press. Kasutatud 14.02.2018 <http://books.openedition.org/uop/2463>
26. Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., ja Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14(2), 231–233. Kasutatud 11.03.2018 <https://doi.org/10.1002/wps.20231>
27. Gissler, M., Laursen, M., Nordentoft, M., Wahlbeck, K. ja Westman, J. (2011). Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 199(06), 453–458. Kasutatud 04.02.2018 <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.085100>
28. Hall, E. (2010). Spaces of social inclusion and belonging for people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(Suppl 1), 48–57. Kasutatud 17.02.2018 <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2009.01237.x>
29. Hall, S. A. (2009). The Social Inclusion of People with Disabilities: A Qualitative Meta-Analysis. *Journal of Ethnographic & Qualitative Research*, 3(3), 162–173.
30. Hamelin, J. P., Frijters, J., Griffiths, D., Condillac, R., ja Owen, F. (2011). Meta-analysis of deinstitutionalisation adaptive behaviour outcomes: *Research and clinical implications*. *Journal of intellectual and developmental disability*, (1), 61.
31. Hanga, K. (2013). *ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsioon ja puuetega inimeste õigused Eestis*. Kasutatud 27.04.2018 [http://www.epikoda.ee/wp-content/uploads/2012/03/raamat\\_veeb.pdf](http://www.epikoda.ee/wp-content/uploads/2012/03/raamat_veeb.pdf)
32. Hollander, D., ja Wilken, J.P. (2015). *Kuidas klientidest saavad kodanikud*. (lk 7-33, 93-96). Tallinn: DUO kirjastus.
33. Jean Pierre Wilken. (2016). Puudega inimene kui kodanik ja tema õigused. *Ajakirja sotsiaaltöö artiklite kogumik, Mõtisklusi sotsiaaltööst*, 26–28.
34. Morris, J. (2008). Person Centred Support. Kasutatud 25.04.2018, <https://www.jrf.org.uk/sites/default/files/jrf/migrated/files/2173-person-centred-support.pdf>
35. Killaspy, H., White, S., Wright, C., Taylor, T. L., Turton, P., Schützwohl, M., ... Ploumpidis, D. (2011). The development of the Quality Indicator for Rehabilitative Care (QuIRC): a measure of best practice for facilities for people with longer term mental health problems. *BMC Psychiatry*, 11(1), 35–41. Kasutatud 13.03.2018 <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-35>
36. Kokk, P., ja Kurves, T. (2006). Riiklike erihoolekandeesutuste ja -teenuste reorganiseerimise kava. Tallinn: Sotsiaalministeerium (2006). Kasutatud 2.02.2018 [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Puudega\\_inimetele/riiklike\\_erihoolekandeesutuste\\_ja\\_teenuste\\_reorganiseerimise\\_kava.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Puudega_inimetele/riiklike_erihoolekandeesutuste_ja_teenuste_reorganiseerimise_kava.pdf)

37. Kreitzberg, M. (2017). Puuetega inimeste arv, suundumused ja osatähtsus rahvastikus, 2010–2017. Sotsiaalministeerium (2017). Kasutatud 2.05.2018 [http://www.tai.ee/images/uudiskirja\\_Puuetega\\_inimeste\\_arv.pdf](http://www.tai.ee/images/uudiskirja_Puuetega_inimeste_arv.pdf)
38. Lamb, H. R., ja Bachrach, L. L. (2001). Some Perspectives on Deinstitutionalization. *Psychiatric Services*, 52(8), 1039–1045. Kasutatud 12.03.2018 <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.8.1039>
39. Law, H. ja Morrison, A. P. (2014). Recovery in Psychosis: A Delphi Study With Experts by Experience. *Schizophrenia Bulletin*, 40(6), 1347–1355. Kasutatud 12.03.2018 <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu047>
40. Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C. L., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(06), 445–452. Kasutatud 13.03.2018 <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
41. Linz, S. J., ja Sturm, B. A. (2016). Facilitating Social Integration for People With Severe Mental Illness Served by Assertive Community Treatment. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(6), 692–699. Kasutatud 12.04.2018 <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.05.006>
42. Loos, S., Clarke, E., Jordan, H., Puschner, B., Fiorillo, A., Luciano, M., ... Slade, M. (2017). Recovery and decision-making involvement in people with severe mental illness from six countries: a prospective observational study. *BMC Psychiatry*, 17. Kasutatud 12.04.2018 <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1207-4>
43. Mack, J. (2016). *Social exclusion. Poverty and Social Exclusion*. Kasutatud 24. 04. 2018 <http://www.poverty.ac.uk/definitions-poverty/social-exclusion>
44. Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLOS Medicine*, 3(11), 442. Kasutatud 15.02.2018 <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030442>
45. Members of the Scoping Group ja Royal College of Psychiatrists. (2009). *Mental Health and Social Inclusion: Making Psychiatry and Mental Health Services Fit for tge 21st Century*. Position Statement 2.04.2018 <https://www.rcpsych.ac.uk/pdf/social%20inclusion%20position%20statement09.pdf>
46. Merrick, J. ja Merrick, E. (2007). Equal Treatment: Closing the Gap. A Formal Investigation into Physical Health Inequalities Experienced by People with Learning Disabilities and/or Mental Health Problems. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 4(1), 73–73. Kasutatud 12.02.2018 <https://doi.org/10.1111/j.1741-1130.2006.00100.x>
47. Milbourn, B. t., McNamara, B. Ja Buchanan, A. J. (2014). Do the everyday experiences of people with severe mental illness who are „hard to engage“ reflect a journey of personal recovery? *Journal of Mental Health*, 23(5), 241–245. Kasutatud 15.05.2018 <https://doi.org/10.3109/09638237.2014.951485>

48. Milner, P. ja Kelly, B. (2009). Community participation and inclusion: people with disabilities defining their place. *Disability & Society*, 24(1), 47–62. Kasutatud 17.05.2018 <https://doi.org/10.1080/09687590802535410>
49. Neufeld, G. R. (1977). Deinstitutionalization Procedures. *AAESPH Review*, 2(1), 15–23. Kasutatud 12.05.2018 <https://doi.org/10.1177/154079697700200104>
50. Nirje, B. (1999). 2. How I came to formulate the Normalization principle. Flynn, R. J. ja Lemay, R. Lemay (Toim), *A Quarter-Century of Normalization and Social Role Valorization: Evolution and Impact* (lk 17–50). Ottawa: University of Ottawa Press. Kasutatud 17.05.2018 <http://books.openedition.org/uop/2474>
51. Nirje, B., Olshansky, S., Perske, R. ja Roos, P. ja Wolfensberger, W. P., (1972). The Principle of Normalization In Human Services, 272.
52. O'Brien., G., Cormac, I., Jones, G., Murphy, M., Osborn, D., Phelan, M., ja Mary Walsh. (2009). Physical health in mental health Final report of a scoping group. Royal College of Psychiatrists London. Kasutatud 12.02.2018 <https://www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/OP67.pdf>
53. Office of the high Commissioner. (1996). Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Kasutatud 27.04.2018, <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/ConventionRightsPersonsWithDisabilities.aspx#2>
54. Power, A. (2013). Making space for belonging: Critical reflections on the implementation of personalised adult social care under the veil of meaningful inclusion. *Social Science & Medicine*, 88, 68–75. Kasutatud 17.05.2018 <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.04.008>
55. Primeau, A., Bowers, T. G., Harrison, M. A. ja XuXu. (2013). Deinstitutionalization of the Mentally Ill: Evidence for Transinstitutionalization from Psychiatric Hospitals to Penal Institutions. *Comprehensive Psychology*, 2, 16.02.13.CP.2.2. Kasutatud 24.05.2018 <https://doi.org/10.2466/16.02.13.CP.2.2>
56. Rahandusministeerium. (2014). Partnership Agreement for the use of European Structural and Investment Funds 2014-2020. Kasutatud 12.05.2018, [http://www.strukturifondid.ee/sites/default/files/partnership\\_agreement\\_for\\_the\\_use.pdf](http://www.strukturifondid.ee/sites/default/files/partnership_agreement_for_the_use.pdf)
57. Regnier, V., ja Denton, A. (2009). Ten new and emerging trends in residential group living environments. *Neurorehabilitation*, (3), 169–188. Kasutatud 15.05.2018 <https://doi.org/10.3233/NRE-2009-0514>
58. Rubin, H. J., Rubin, S. I. (2012). Qualitative Interviewing: The art of hearing data. 3rd ed. London: Sage Publications: 6, 7.
59. Salisbury, T. T., Killaspy, H. Ja King, M. (2016). An international comparison of the deinstitutionalisation of mental health care: Development and findings of the Mental Health Services Deinstitutionalisation Measure (MENDit). *BMC PSYCHIATRY*, 16. Kasutatud 12.04.2018 <http://ezproxy.utlib.ut.ee/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edswss&AN=000371119600002&site=eds-live>

60. Salisbury, T., Killaspy, H. ja King, M. (2017). The relationship between deinstitutionalization and quality of care in longer-term psychiatric and social care facilities in Europe: A cross-sectional study. *European Psychiatry*, 42, 95–102. Kasutatud 1.05.2018 <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.11.011>
61. Schrank, B., Bird, V., Rudnick, A. ja Slade, M. (2012). Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: Systematic search and narrative review. *Social Science & Medicine*, 74(4), 554–564. kasutatud 17.05.2018 <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.008>
62. Scott, W. R. (2013). *Institutions and Organizations: Ideas, Interests, and Identities*. SAGE Publications (lk 1-15).
63. Simplican, S., C., Leader, G., John Kosciulek, J. ja Leahy, M. (2015). Defining social inclusion of people with intellectual and developmental disabilities: An ecological model of social networks and community participation§. *Research in Developmental Disabilities* 38, 18–29.
64. Slade, M. (2013). *100 ways to support recovery (2nd edition). A guide for mental health professionals by Mikse Slade*. Kasutatud 2.02.2018, [https://www.rethink.org/media/704895/100\\_ways\\_to\\_support\\_recovery\\_2nd\\_edition.pdf](https://www.rethink.org/media/704895/100_ways_to_support_recovery_2nd_edition.pdf). Kasutatud 28.11.2018
65. Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., ... Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), 12–20. <https://doi.org/10.1002/wps.20084>
66. Slade, M., Oades, L., G. ja Jarden, A. (2017). *Wellbeing, Recovery and Mental Health* (1-35, 11-127). UK: Cambridge University Press.
67. Sotsiaalhoolekande seadus – Riigi Teataja. (2018). Kasutatud 21. 05. 2018, <https://www.riigiteataja.ee/akt/121122016022>
68. Sotsiaalkindlustusamet. (2018a). Erihoolekandeteenused. Kasutatud 2.05.2018 <https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/et/puue-ja-hoolekanne/erihoolekandeteenused>
69. Sotsiaalkindlustusamet. (2018b). Erihoolekande järjekorrad 08.01.2018 seisuga. Kasutatud 2. 05.2018 [https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/sites/default/files/content-editors/Erihoolekanne/erihoolekande\\_jarjekorrad\\_08.01.2018\\_seisuga.pdf](https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/sites/default/files/content-editors/Erihoolekanne/erihoolekande_jarjekorrad_08.01.2018_seisuga.pdf)
70. Sotsiaalministeerium. (2013). Erihoolekandeteenuste kasutajad soo, vanuse ja teenuse liigi järgi (aruandeaasta lõpu seisuga). Kasutatud 3.05.2018 <https://hveeb.sm.ee/index.php?tid=uFgKZSVAeiSMVHAuCvKtvPVZKMgNfLductAegA&id2=gwBwyPfwVJBZMuJA>
71. Sotsiaalministeerium. (2014). Erihoolekande Arengukava 2014-2020. Kasutatud 13.03.2018 [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Puudega\\_inimetele/erihoolekande\\_arengukava\\_2014-2020.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Puudega_inimetele/erihoolekande_arengukava_2014-2020.pdf)

72. Sotsiaalministeerium. (2016). Heaolu arengukava 2016–2023. Kasutatud 17.05.2018  
[https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/heaolu\\_arengukava\\_eelnou\\_0.docx](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/heaolu_arengukava_eelnou_0.docx)
73. Sotsiaalministeerium. (2017). Erihoolekandeteenuste kasutajad soo, vanuse ja teenuse liigi järgi (aruandeaasta lõpu seisuga). Kasutatud 2.05.2018  
<https://hveeb.sm.ee/index.php?tid=DFSv12EcRQRStk-Y4l11EA4R3yr5rS1bnvty&id2=rmER-QjPrG24F4AP2y2>
74. Sotsiaalministeerium. (2018). Hoolekandeprogramm 2018-2021. Kasutatud 2. 05. 2018,  
<https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/sisekomm/hoolekandeprogramm.pdf>
75. Stewart-Brown, S. (1998). Emotional wellbeing and its relation to health. *BMJ: British Medical Journal*, 317(7173), 1608–1609.
76. Strömpl, J. 2004. Kvalitatiivsete meetodite kasutamise võimalustest sotsiaaltöö uurimisel. – Sotsiaaltöö nr 2, lk 36.
77. Stylianos, S. ja Kehyayan, V. (2012). Advocacy: Critical component in a comprehensive mental health system. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(1), 115–120. Kasutatud 12.05.2018  
<https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2011.01143.x>
78. Tartu Ülikooli psühhiaatrikliinik. (1996). RHK-10-V Psüühika- ja käitumishäired. Kasutatud 31.01.2018  
<https://www.kliinikum.ee/psyhhaatrikliinik/lisad/ravi/RHK/RHK10-FR17.htm>
79. The British Association for the Person- Centred Approach. (2018). What is the Person-Centred Approach? Kasutatud 20.03. 2018, <https://www.bapca.org.uk/about/what-is-it.html>
80. The Charity Commission. (2001). The Promotion of Social Inclusion. *Clarity Commison*. Kasutatud 15.05.2015  
[https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/359358/socinc.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/359358/socinc.pdf)
81. Time to Move on from Congregated Settings. (2011). Report of Working Group on Congregated Settings Health Service Executive. Kasutatud 2.04.2018  
<https://www.hse.ie/eng/services/list/4/disability/congregatedsettings/congregatedsettingsreportfinal.pdf>
82. Tricia A. Seifert. (2005). The Ryff Scales of Psychological Well-Being. Kasutatud 17. 04. 2018  
<http://www.liberalarts.wabash.edu/ryff-scales/>
83. Tsuiman. K. (s.a.). *Erihoolekande arengud*. Esitlus. Kasutatud 13.04.2018  
[https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/ESF/erihoolekande\\_arengud\\_22.01.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/ESF/erihoolekande_arengud_22.01.pdf)
84. Turner, D. (2010). Qualitative Interview Design: A Practical Guide for Novice Investigators. *The Qualitative Report*, 15(3), 754–760.
85. WHO. (2009). *Improving Health Systems and Services for Mental Health*. World Health Organization. Kasutatud 12.04.2018  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44219/9789241598774\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44219/9789241598774_eng.pdf?sequence=1)

86. WHO. (2013). Mental Health Action Plan 2013 - 2020. Kasutatud 17.05.2018 [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021\\_eng.pdf;jsessionid=5CD21865F5C189337735E424ADE7A4F3?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessionid=5CD21865F5C189337735E424ADE7A4F3?sequence=1)
87. WHO. (2014). Mental health: a state of well-being. Kasutatud 17.04.2018, [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/)
88. WHO. (2018). Mental disorders. Key facts. Kasutatud 15.01.2018 <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
89. Victoria Bird, Mary Leamy, Clair Le Boutillier, Julie Williams, & Mike Slade. (2014). REFOCUS Manual 2nd edition. *Institute of Psychiatry at the Maudsely*. Kasutatud 02.02.2018 [http://www.researchintorecovery.com/files/REFOCUS%20Manual%202nd%20edition\\_0.pdf](http://www.researchintorecovery.com/files/REFOCUS%20Manual%202nd%20edition_0.pdf)
90. Vihalemm. T. (2014). *Vaatlus. Sotsiaalse analüüsi meetodite ja metodoloogia õpibaas*. Kasutatud 20.04.2018, <http://samm.ut.ee/vaatlus>
91. Wilken, J.-P., Medar, M., Bugarszki, Z. ja Leenders, F. (2014). Community support and participation among persons with disabilities. A study in three European countries. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 23(3). Kasutatud 03.04.2018 <https://doi.org/10.18352/jsi.410>
92. William A. Anthony. (1993). Recovery From Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11–23.

### Lisa 1 Traditsiooniline lähenemine ja taastumist toetav lähenemine

Traditsiooniline lähenemine	Taastumist toetav lähenemine
Väärtused ja võim	
Põhiliselt väärtuste vaba	Väärtustel põhinev
Professionaalid vastutavad	Isik vastutab
Kontrollile orienteeritud	Isikuid jõustav
Põhimõisted	
Teaduslik	Inimlik
Patoloogia	Elulugu
Psühhopatoloogia	Häirivad kogemuse
Diagnoos	Isiklik tähendus
Ravi	Areng ja avastamine
Töötaja ja patsient	Teadmistel põhinev ekspertsus (spetsialist) ja Kogemustel põhinev ekspertsus (klient)
Teadmiste alused	
Uuringutega kontrollitud teadmised	Narratiividest lähtuv
Süsteemsed ülevaated	Modelleeritud rollimudelid
Kontekstiväline	Sotsiaalses kontekstis
Töötamine praktikas	
Kirjeldused	Mõistmine
Fookus erivajadusel	Fookus inimesel
Haigusel põhinev	Tugevustel põhinev
Kõrvaltoimete vähendamine	Lootusele ja unistustele põhinev
Inimene kohandub programmiga	Programm kohandatakse vastavaks inimesele
Tingimustele vastavust ja passiivsust toetav	Volitusi suurendav- jõustamine
Ekspert koordineerib	Enesejuhtimine
Teenuse eesmärk	
Haiguse likvideerimine	Teadlik olemine oma terviseolukorrast
Kontrolli alla toomine	Enesekontrolli saavutamine
Vastavus	Valikud
Normaalseks tagasi	Muutumine

Tabel 4 Traditsioonilise ja taastumispõhise lähenemise erinevused (Slade, 2013)

**Lisa 2 Vaatluse vorm**

Kuupäev 13.02.2018				
Vaatluse kestvus: 08:30-16:30				
Üldine info (palju töötajaid kohal jne.)				
Vaatluse andmed				
	Olukorra tegevuse kirjeldus	Kliendi sõnad, laused, kehakeel, rektsioon, positsioon koosluses mida soovib?( millest ta oma verb ja m-verb suhtluse kaudu märku annab)	Tegevusjuhendaja/töötaja reageeringud: kuivõrd tegevus/ käitumine toetab inimesele eneseväärikuse säilimist/arendamist? milliseid sõnu/fraase/ emotsioone/ suhtumisi tegevusjuhendajad sõnades, käitumises väljendavad.	Märkmed
08:00- 09:00				

*Päeva kokkuvõte, tunded ja mõtted*

*Tabel 5 Vaatluse andmete fikseerimine*

## **Lisa 3 intervjuukava**

### **Poolstruktureeritud intervjuukava**

#### **KÜSIMUSED**

Soojenduse teemad: Mis töö juures kõige enam meeldi? Kui kaua töötanud? Mis on suurimad õnnestumised jne.?

#### **1. Inimõigused**

- Mida tähendab sinu jaoks diskrimineerimine?
- Mida tähendab tõrjutus?
- Milliseid inimõiguseid käsitlevaid dokumente tead /oled kokku puutunud?
- Kuidas käsitlete inimõiguseid KE teenusel, kas arutate ka klientidega (Kuidas?)
- Kuidas tagatakse grupikodus inimõiguseid nii, et kõik on rahul (mis kogemused selles osas on )?
- Missugune roll on tegevusjuhendajal kliendi inimõiguste kaitsemisel?
- Milliseid inimõiguseid on kõige keerulisem tagada, miks ?
- Kuidas toetate inimeste kaasatuse ja osalemise suurendamist ühiskonnas (teenuste kättesaadavus sh. info kättesaadavus ja osalemine)?
- Kas ja missugust abi oled vajanud või tunnend, et vajad selleks, et märgata, kui klientidele on liiga tehtud?

#### **2.Sotsaalne kaasatus ja osalemine kogukonnas**

- Kuidas on kliendid kogukonda sulandunud (kuidas teised suhtuvad neisse)
- Missugused suhted ja sidemed on kogukonnas tekkinud?
- Missuguste huvide ja tegevustega kliendid kogukonnas tegelevad?
- Missuguseid kogukonnas pakutavaid teenuseid kliendid kasutavad?
- Missugune roll on tegevusjuhendajal kliendi töötamise, õppimise ja vaba aja sisustamisel?
- Mida tähendab sinu jaoks kogukonda kaasatus?
- Millest tunnete kogukonnas puudust (teenused, toetus, huvirinigd)?

#### **3.Vaatlusest tekkinud küsimused olukordade kohta**

- Kes otsustab, milline on majas elukorraldus, kohustused, tegevused jne.
- Missugune on elukorralduse planeerimise protsess ?
- Miks on vajalik, et kliendideebetkaarte hoitakse töötajate lukustatavas seifis.
- Kuidas saavad inimesed endale külalisi külla kutsuda? Millised on kokkulepped`?
- Kuidas on tekkinud kodukord?

**4. Personaalne taastumine (märksõnad- tugevustest lähtuv, isikukeskne, suhted, identiteedi loomine, mõtestatus ja eesmärgid, lootus, optimism, kaasatus, mõjuvõimu suurendamine, vastutus)**

- Mida peate klientide juhendamisel kõige olulisemaks (milliseid väärtuseid)?
- Mida tähendab Sinu jaoks personaalne taastumine
- Millised põhimõtteid peate silmas, kui tehakse klientide tegevusplaane?
- Kuidas toetate klientide töötamist?
- Mida peate oluliseks, kui klientidega suhtlete või juhendate neid teistega suhtlemisel?
- Kas ja kuidas olete suurendanud klientide vastutust?
- Millest tunnete puudust klienditööd tehes?