

TARTU ÜLIKOOL  
Pärnu kolledž  
Sotsiaaltöö korralduse osakond

Katrina Mets

**KLIENTIDE RAHULOLU ERIHOOLEKANDE-  
TEENUSTEGA MTÜ ISESEISEV ELU NÄITEL**

Lõputöö

Juhendaja: Valter Parve, MA

Pärnu 2021

Soovitan suunata kaitsmisele

Valter Parve

(allkirjastatud digitaalselt)

Kaitsmisele lubatud

TÜ Pärnu kolledži programmijuht

Anu Aunapuu

(allkirjastatud digitaalselt)

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

Katrina Mets

(allkirjastatud digitaalselt)

## SISUKORD

SISSEJUHATUS .....	4
1. Erihoolekande olemus ja -teenused .....	7
1.1. Erihoolekanne Eestis ja Põhja-Euroopas .....	7
1.2. Psüühiline erivajadus .....	10
1.3. Erihoolekande sotsiaalteenused .....	12
1.4. Erihoolekandeteenuste kvaliteet ja rahulolu .....	16
2. Rahuloluuring MTÜ Iseseisev elu pakutavate teenustega asutuse klientidele ja nende lähedastele .....	21
2.1. MTÜ Iseseisev Elu .....	21
2.2. Uurimismetoodika ja valimi kirjeldus .....	23
2.3. Uurimustulemuste analüüs .....	25
2.3.1. Teenusele pääsemine ning sellega seonduvad aspektid .....	25
2.3.2. Teenuste olemus ja -kvaliteet, tulemuslikkus ja asutuse personal .....	26
2.3.3. Rahulolu teenustega ja puudujäägid teenuste osutamisel .....	31
2.4. Järeldused ja ettepanekud .....	33
Kokkuvõte .....	36
Viidatud allikad .....	38
Lisad .....	42
Lisa 1. Intervjuu küsimused MTÜ Iseseisev Elu klientidele .....	42
Lisa 2. Intervjuu küsimused MTÜ Iseseisev Elu klientide lähedastele .....	43
Summary .....	44

## SISSEJUHATUS

Iga teenuse loomisel tuleks arvestada eelkõige klientide endi vajadustega. Kuna kõik kliendid on väga erinevate soovidega, tuleb erihoolekandeteenuste osutamisel ette palju probleemseid kohti. On olukordi, kus teenuse kvaliteedi tagamine kliendi jaoks takerdub ainuüksi rahaliste ressursside puudumise või seaduste erinevate tõlgenduste tõttu. Mida ebakvaliteetsem teenus, seda vähem abi saavad inimesed, kes seda vajavad. Abi vajavad kliendid ei saa pikkade järjekordade tõttu õigeaegselt juurdepääsu erinevatele erihoolekandeteenustele. Iga klient vajab individuaalset lähenemist, kuid selleni jõudmise teeb keeruliseks asjaolu, et erihoolekandeteenuste osutamisel on psüühikahäirete ja vaimupuuetega inimesed teatud juhtudel koos samas sihtgrupis.

Toetudes sotsiaalteenuste auditeerimise tulemustele on teenuste kvaliteet ebaühtlane (Vana, 2013, lk 14, 17, 19). Kvaliteedijuhtimises on tähtsal kohal mõistmine, et kvaliteet saab alguse klientide vajaduste, ootuste ja lootuste mõistmisest. Lähtudes kliendi vajadustest on võimalik tagada teenuste kättesaadavus. Planeerimise seisukohalt on hoolekandesüsteemi nõrgaks kohaks teenuste ühtne ja järjepidev arendamine. Riiklik aruandlus ei suuda edastada vajaminevat sisendit analüüsiks ja seetõttu pole võimalik jätkusuutlikult teenuseid parendada. Ebastabiilsust teenuste kvaliteedis põhjustab rahade ebaühtlane jaotus riiklike asutuste poolt. See probleem tekitab raskusi teenuste osutajatel panustada teenuste kvaliteeti ning arengusse. (Vana, 2013, lk 36–37)

Sotsiaalteenuste kättesaadavus, kvaliteet ja maht on sõltuvad inimese päritolust ning puudega inimese enda võimekusest erinevate abistavate toetuste taotlemisel. Teenuste nõudlus erihoolekandeteenuste järele on suurem kui nende pakkumine. Erinevate teenustega kaasnevad erinevad tasemed. Puudub ühtne arusaam, mis on kvaliteetne teenus. Kuna Sotsiaalkindlustusametis on erihoolekandeteenuste järjekorrad pikad, ei vasta pakkumine pakutavate teenuste vajadusele. Teenusele pääsemise järjekorra pikkuse tekkimises on muuhulgas süüdi ebaühtlane teenuste pakkumise kvaliteet

piirkonniti. (Eesti Puuetega Inimeste Koda, 2018, lk 22, 70, 74)

Madalat taset teenuse kvaliteedis ei tingi aga alati teenuse kättesaadamatus. Eelkõige on ebakvaliteetse teenuse pakkumise põhjuseks töötajate enda suhtumine, vähene väljaõpe või teenuse mitte täielik välja töötamine. Juba teenust luues tuleks ette mõelda mitmeid samme vältimaks teenuse ebakvaliteetset pakkumist või paljudele klientidele teenuse mitte-kättesaadavust. Sotsiaalteenuste kvaliteedi uuringutest nähtub eluasemeteenuste vähene kättesaadavus. Erihoolekandeteenustele on järjekorrad pikad ja seetõttu ei saa inimene abi kohe siis, kui tal seda parasjagu vaja oleks. Hilisema kättesaadavuse puhul automaatselt toetusvajadus ja kulud inimese suhtes tõusevad. (Vana, 2013, lk 14)

Kliendi ühelt teenustel teisele suunamine on raskendatud ja seetõttu olemasolev süsteem ei toeta piisavalt kliendi liikumist vajaminevamale teenusele. Teenuse osutamisel on piiratud maht, seega ei ole võimalik kõikidele klientidele pakkuda individuaalselt lähenemist. (Vana, 2013, lk 17)

Kokkuvõtvalt vajab iga klient individuaalset lähenemist, kuid paraku erinevate asjaolude tõttu ei ole see võimalik. Nendeks asjaoludeks võivad olla piirkonniti seadusandluse erinev käsitlus, rahaliste ressurside ja kvalifitseeritud tööjõu puudus, teenuse mitte kättesaadavus suure hulga abivajajate tõttu. Väga tihti vajaksid kliendid ühelt teenuselt teisele ümber suunamist, kuid paraku süsteem ei toeta selliste muudatuste tegemist.

Probleemiks on teenuste ebaühtlane kvaliteet. Lähtuvalt eelnevalt välja toodust on töö eesmärgiks välja selgitada MTÜ Iseseisev Elu pakutavate teenuste tugevused ja kitsaskohad ning anda uuringust nähtuvate probleemide taustal soovitusi juhtkonnale ja Sotsiaalkindlustusametile teenuste kvaliteedi tõstmiseks.

Lõputöö eesmärgiks on välja selgitada tegurid, mis mõjutavad klientide rahulolu erihoolekandeteenustega MTÜ-s Iseseisev Elu.

Töö eesmärgi saavutamiseks on uurimisülesanneteks:

- tutvuda erialase kirjandusega ning koostada selle põhjal ülevaade erihoolekandeteenustest Põhja-Euroopas ja Eestis, psüühilise erivajadusega inimeste hoolekandeteenustest ning erivajadusega klientide rahulolust teenustega;

- kavandada ja läbi viia asutuses pakutavate teenustega rahulolu uuring MTÜ Iseseisev Elu klientide ja nende lähedaste seas;
- analüüsida tulemusi ning tuua välja arenguvajadused.

MTÜ Iseseisev Elu klientide lähedastena on mõeldud inimesi, kes on intervjueeritavate klientidega seotud vähemal või rohkemal määral. Täpsemalt on nendeks klientide eestkostjad, vanemad kui ka lähedased, kes elavad MTÜ Iseseisev Elu asutuses „arvel“ olevate klientidega ühes leibkonnas. Kuna MTÜ Iseseisev Elu ei paku ööpäevaringset erihooldusteenust, siis intervjuusid viib autor läbi nende inimestega ning nende inimeste lähedaste või eestkostjatega, kes saavad igapäevaelu toetamise teenust, toetatud elamise teenust või töötamise toetamise teenust. MTÜ Iseseisev Elu pakub kogukonnas elamise teenust ainult Kaarepere Hoolduskeskuses. Lisaks asub üks teenuskeskus ka Elvas, kuid intervjueeritavaid kliente valib töö autor ainult ühingu Tartu üksusest.

Töö koosneb kahest peatükist, mis on omakorda jaotatud alapeatükkideks. Esimeses peatükis annab autor ülevaate erihoolekandest nii Põhja-Euroopas kui ka Eestis. Lisaks toob autor välja esimeses peatükis teavet psüühilise erivajaduse ning erihoolekande sotsiaalteenuste kohta. Esimese peatüki viimases alapeatükis antakse ülevaade erihoolekandeteenuste kvaliteedi ja teenustega rahulolu kohta.

Teises peatükis annab autor ülevaate aspektidest, mis on seotud rahulolu uuringuga klientidele ja nende lähedastele MTÜ-s Iseseisev Elu pakutavate teenustega. Lisaks tutvustatakse MTÜ-d Iseseisev Elu ja tuuakse välja, kellele on asutuses pakutavad teenused mõeldud. Antakse ülevaade uurimuse läbiviimisest ning valimist. Lõpuks toob autor oma töös välja uurimuse tulemused, analüüsi, ettepanekud asutuse juhatusele ning Sotsiaalkindlustusametile. Töö lõpeb kokkuvõttega.

# 1. ERIHOOLEKANDE OLEMUS JA -TEENUSED

## 1.1. Erihoolekanne Eestis ja Põhja-Euroopas

Maailmas on alati olnud erivajadustega inimesi. Sellest, et puuetega inimeste eest peaks hoolt kandma, ei räägi piibel ega kreeka või rooma kirjandus. Ainult toonitatakse, et nende inimeste vastu peaks olema sõbralik. Olles võrdluses keskajaga, siis 17. ja 18. sajandil puudega inimeste eluolu pigem halvenes. Seda seetõttu, et Martin Lutheri sõnul oli vaimse puudega inimene vaid keha, mida valitseb kurat. Tol ajal ei näidanud selle teema vastu huvi üles ükski kirjandusallikas. Arvati, et kaasasündinud haigust põhjustab joodipuudus. Alles mitusada aastat hiljem hakati aru saama, et arengupuudega inimesed vajavad abi. Alguse sai see muutus Prantsusmaalt ja Šveitsist ning levis lisaks ka Euroopast USA-sse. Lisaks huvile arengupeatusega inimestesse, huvituti ka psüühiliselt haigetest inimestest, pimedatest, kurtidest ja paljudest teistest. (Bakk & Grunewald, 1999, lk 7–8)

19. sajandi keskpaigaks oli kujunenud välja kaks meetodit, mis on siiani iseloomulikud arengupuudega inimese hoolitsemisel. Esimeseks oli erikasvatus ja -õpetus ning teiseks meetodiks oli hoolekandeesutustes inimeste hooldamine suurte gruppidega. 19. sajandi keskpaigast avati üle maailma palju hoolekandeesutusi. Aja möödudes saadi aru, et arengupuuet pole võimalik ravida, kuid võimalik on seisundit parandada. 20. sajandi alguses sooviti ühiskonda kaitsta arengupuudega inimeste eest, kuna neid peeti ohuks tsivilisatsioonile. Hiljem saadi aru, et see pole lahendus. Lahenduseks oli avatud ühiskonna teostuslik pool. Tänu sellele, et arengupeatusega inimeste jaoks oli 20. sajandi algus raske aeg, hoiti hoolekandeesutustes kinni ka töövõimelisi arengupeatusega inimesi. Teadmisi arengupeatuse kohta said inimesed 19. sajandi 50–60-ndate aastate vahel. Sellest ajast alates hakkas üha enam toimuma arengupuudega inimeste detsentraliseerimine. Koos majanduse kasvuga on kasvanud ka inimeste teadlikkus. (Bakk & Grunewald, 1999, lk 8–13)

Kui võtta aluseks ka teiste riikide erihoolekandesüsteeme, siis näiteks Norras puudub hoolekandeseadus. Paljudes maakondades on keskhooldekodud koos väiksemate hooldekodudega, mis omakorda tegutsevad haiglaseaduste järgi. Paljude hoolekandeesutuste eestvedajateks on erinevad fondid ja ühingud. Lisaks on olemas Norra maakondades erinevad eriorganisatsioonid, mis on suunatud psüühilise alaarenguga inimestele. Kommuunid peavad vastutama arengupuudega inimeste eest täielikult ning kommuunide ja maakondade vastutuse vahel puudub kindel piir. Kommuunides saavad arengupuudega inimesed erinevaid koolitusi koos elupaigaga. Suured hoolekandeesutused suletakse pikapeale ning väiksemad võivad kooskõlas kommuunidega edasi töötada. Kommuune rahastab riik, millega tuleb katta kõik kulutused. (Bakk & Grunewald, 1999, lk 17)

Võrreldes Norraga on Soomes tervishoid ja sotsiaalhooldus suhteliselt integreeritud. Pidev koostöö toimub kohalike omavalitsustega ning kohalikes omavalitsustes pakutakse esmatasandilist tervishoiu- ja sotsiaalteenuseid. Soomes pakutavad teenused on üpris detsentraliseeritud. Tänu sellele, et Soome rahvastik on sarnaselt Eesti rahvastikule vananev, on sotsiaalhoolekande struktuurne süsteem ebahühtlane. Riik on pakkunud välja hakata tervishoidu ja sotsiaalhooldust muutma administratiivseks ning looma teenuste korraldamiseks suuremad ametiasutused tugevdamiseks sotsiaalteenuste koordineerimist. (Keskimäki *et al.*, 2018, lk 1–2)

Rootsis osutatakse paljusid hoolekandeteenuseid piirkondlikel ja kohalikel tasanditel. Maakonna volikogud haldavad erinevaid tervishoiuteenuseid. Omavalitsused on kohustatud korraldama ülalpeetavate hoolduse. Puuetega inimestel ja vanemaealistel, kes vajavad hooldust, on õigus saada erinevaid toetusi ja erihoolekandeteenuseid. Tänu sellele, et aastast aastasse on seadused läinud karmimateks ja tingimused rangemateks, on näiteks koduhooldusteenuste osutamine läinud teatud juhtudel mitteametlikuks. Sarnaselt Soome riigile, on rahvastik Rootsis vananev ning üha enam on erihoolekandeteenuseid vajavaid inimesi juurde tekkimas. Nagu teistes riikideski, on ka Rootsis puudus erihoolekandes töötavatest kvalifitseeritud töötajatest. (Anell *et al.*, 2012, lk 94–96)

Hetkel on Eesti sotsiaalhoolekandesüsteem pigem meditsiinikeskse lähenemisega. Puudega inimeste kaasamisega üritatakse rahuldada inimeste esmavajadused, et tekitata nendes inimestes oskus saada ise ühiskonnaelus hakkama. Selle asemel, et pakkuda erinevaid tugiteenuseid, makstakse pigem sotsiaalkindlustustoetusi kompenseerimaks lisakulutusi, mida toob kaasa inimese puue. (Leppik, 2014, lk 78)

Esmasena tuleb inimest võtta kui tavaliste vajadustega isiksust, millele järgnevad erivajadused ning nendest tingitud toetusvajadused. Selleks puhuks on loodud Eestis nendele isikutele sotsiaalsed kaitsemeetmed, milleks on sotsiaalhoolekanne ja sotsiaalkindlustus. (Leppik, 2014, lk 78–79)

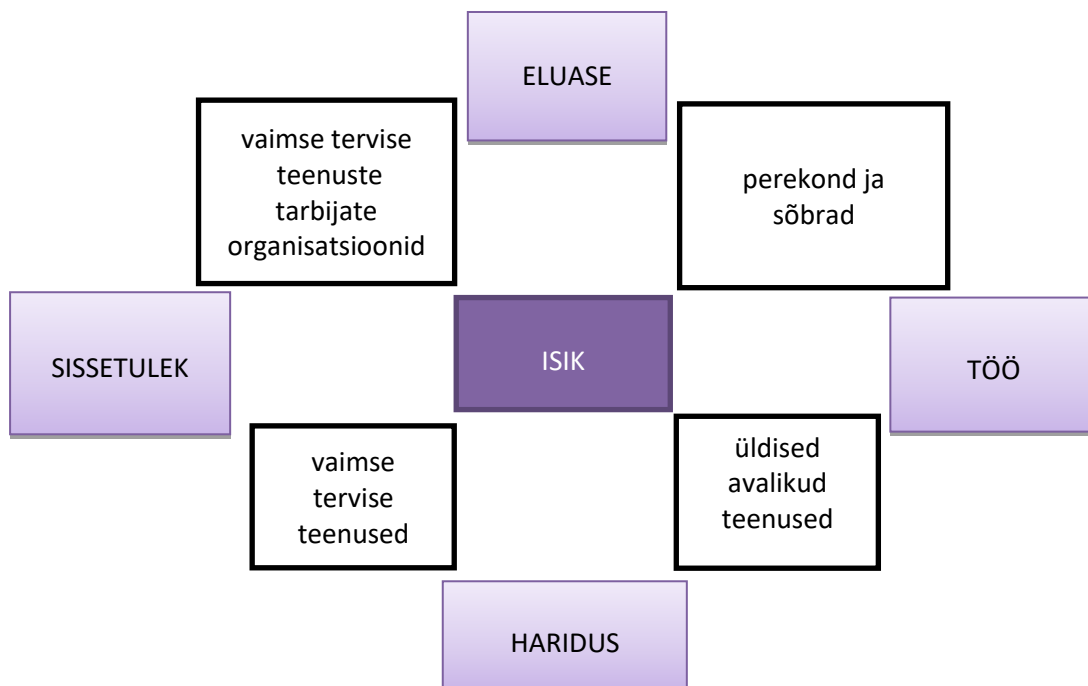
Eesti erihoolekandeteenuste üldise süsteemi aluspõhjaks on bio-psühho-sotsiaalse inimese mudel. Mudelit saab näha joonisel 1. Selle mudeli järgi on tervikuks iga indiviid ning selles mudelis saab eristada kolme erinevat tasandit:

- somaatiline – kehaga seonduv ning selle kaudu mõjutatav;
- psüühiline – psüühika ja närvisüsteemiga seonduv, psüühika kaudu mõjutatav;
- sotsiaalne – sotsiaalse keskkonnaga seonduv, ühiskonna kaudu mõjutatav (Klaassen *et al.*, 2010, lk 8).

Kolme erineva tasandi vahel esinevad süsteemiti ka seosed. Esimeseks seoseks on somaatilis-sotsiaalsed seosed. Seda seost kirjeldab vaesusest tingitud tervise- või kasvuhäired. Teiseks seoseks on psühho-somaatilised seosed. Antud seose peategelaseks on näiteks väsimusest tingitud autoõnnetus. Kolmandaks ehk viimaseks seoseks on psühho-sotsiaalsed seosed. Selle väljendamiseks saaks välja tuua erinevad muutused inimeste käitumises muutuste perioodidel. (Klaassen *et al.*, 2010, lk 8–9)

Erihoolekandeteenuste ja psüühilise erivajadusega inimestega käivad koos järgmised õigusaktid:

- sotsiaalhoolekandeseadus,
- psühhiaatrilise abi seadus,
- puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seadus,
- perekonnaseadus,
- tsiviilkohtumenetluse seadustik (Klaassen *et al.*, 2010, lk 14).



**Joonis 1.** Psüühilise erivajadusega inimeste hoolekandesüsteemi alusmudel. Allikas: Klaassen *et al.*, 2010, lk 9

Norra, Soome, Rootsi ja Eesti erihoolekandesüsteemid on üpriski erinevad. Kui Norras puudub erihoolekandeseadus, siis teistes nimetatud riikides on see olemas. Norras tegutsevad erihoolekandeteenuseid pakkuvad organisatsioonid haiglaseaduste järgi. Kõikide riikide ühtseks jooneks on vananev rahvastik ning kvalifitseeritud tööjõu puudus. Kui Norras rahastavad hoolekandeesutusi erinevad fondid ja ühingud, siis Soomes, Rootsis ja Eestis on teenuste rahastajaks valdavalt riik. Riik omakorda rahastab kohalikke omavalitsusi, kes on kohustatud vastutama oma piirkonna inimeste heaolu eest.

## 1.2. Psüühiline erivajadus

Eestis on puude määramise koordinaatoriks Sotsiaalkindlustusamet. Ameti eristuses on kaheksa erinevat puudeliiki. Nendeks on liikumispuue, nägemispuue, kõne- või keelepuue, kuulmispuue, vaimupuue, psüühikahäire, terviseprobleemidest tulenev puue ja liitpuue. Liitpuue määratakse inimesele juhul, kui inimesel on mitu erinevat puuet

ning ühe puude domineerimist pole võimalik kindlaks määrata. (Linno, 2010, lk 4)  
Liitpuude üheks osaks on näiteks psüühika- ja käitumishäired.

Nii Eestis kui ka kogu Euroopas on oluliseks haiguskoormuse tekitajaks psüühika- ja käitumishäired. Tänu sellele, et inimestel on kasvanud psüühikahäirete osas teadlikkus ja hoiakute paranemine, on tekkinud suurem vajadus pakkuda üha rohkem vaimse tervise seotud teenuseid. Toetava meetme raames pakutakse erihoolekandeteenuseid, mille eesmärgiks on inimesi muuta iseseisvamateks. (Vapper, 2014, lk 10) Psüühilise erivajadusega inimesi on maailmas rohkem, kui esmapilgul välja paistab. Aja möödudes on inimestele üha enam selgemaks saanud häirega kaasas käivad eripärad.

Vananeva rahvaarvu jätkuva suurenemisega kasvab ka vaimse tervise häiretega geriaatriliste patsientide arv. Vanema generatsiooni levinumad vaimse tervise probleemid on depressioon või alkoholist tingitud psüühikahäired. Lisaks on psüühikahäired veel bipolaarne häire, skisofreenia, söömishäired, depressioonist tingitud suitsiid ja psühhoos. (Shenvi, 2019, lk 391–392)

Psüühikahäired on oma olemuse ja raskusastme poolest väga erinevad. Skisofreenia hõlmab näiteks psühholoogilist „tegelikkusega murdumist“, mida iseloomustavad hallutsinatsioonid. Näiteks alkoholi kuritarvitamine põhjustab vähem kannatusi. Mida põlvkond edasi, seda suuremat osa rahvastikust tabab depressioon. Depressiooni põdesid 1950.-1970. aastatel juba ligi 20 protsenti inimestest. Mida aeg edasi, seda suuremal osal inimkonnast on kliiniliseks diagnoosiks depressioon. Seda eelkõige seetõttu, et elutempo on muutumas üha kiiremaks ning inimeste ümber on palju erinevaid stressoreid. (McNally, 2011, lk 5)

Skisofreeniat põdevad inimesed moodustavad suurima osa psühhiaatria kuludest, milleks on 33 protsenti. Skisofreenia on raske psüühikahäire, millesse haigestumine toimub umbes kahekümnendate eluaastate jooksul. Haigusilmingute tekkides peab inimene katkestama õpingud või töö. Skisofreenia tekkepõhjused ei ole siiani teada. Maailmas põeb seda haigust umbmääraselt 1 protsent rahvastikust. Haigust on võimalik medikamentidega vaos hoida, kuid ravi peab olema järjepidev. Lapsel, kelle vanemal on psüühikahäire, on suurem risk psüühikahäire tekkeks. (Sotsiaalministeerium, 2020, lk 42) Maailmas on palju erinevat liiki psüühikahäireid, mille vaos hoidmiseks peab

inimest järjepidevalt ravima. Osad psüühikahäired on kergema kuluga, kuid leidub ka neid diagnoose, millega koos elamine on raske ja frustreriv.

Lisaks psüühikahäiretele kuulub psüühilise erivajaduse alla ka intellektuaalne puue, mida nimetatakse ka vaimseks alaarenguks. Haiguse tekkepõhjuseks on sageli geneetiline mutatsioon. Seda puuet on võimalik diagnoosida siis, kui inimesel lisaks intellektuaalsele puudele on ka mingi muu kaasuv haigus. (Kaufman *et al.*, 2010, lk 1)

Vaimne alaareng on arenguhäire ja seda seostatakse intellektuaalse funktsioneerimise ning adaptiivse käitumisega. Seda nimetatakse nii intellektipuudeks kui ka intellektuaalse arengu häireks. Vaimse alaarengu diagnoos on kergesti ära tuntav, kuid täpset diagnoosi on keeruline anda alla viie aastastele lastele. (Kishore *et al.*, 2019, lk 1–2)

Raske vaimupuude kliiniline diagnoos põhineb IQ-l, mis on alla 50. See piirab igapäevaseid olulisi tegevusi ja otsuste tegemist. Varases lapsepõlves põhineb diagnoos olulisel arengupeatusel, sh motoorsel, kognitiivsel ja kõnepidamisel. Erineva vaimse puude mittesündroomse vormiga lapsi ei saa kliiniliselt eristada. Vaimupuude põhjuseks võivad olla mittegeneetilised tegurid – näiteks erinevad nakkused või perinataalne asfüksia. Arenenud riikides arvatakse, et kõige raskematel intellektipuude vormidel on geneetiline põhjus. Paraku on intellektipuude tekkepõhjus teadmata 55–60%-l patsientidest. Selgitades välja patsiendi diagnoosi, saab hilisemalt välistada testidel käimise. Diagnoosimine võib patsiendi viia kiiremini sobiva ja vajamineva ravimini. (de Ligt *et al.*, 2012, lk 1) Intellektipuudega inimeste diagnoos on keeruline ning tihti on paljudel intellektipuudega inimestel haiguse põhjustaja teadmata.

### **1.3. Erihoolekande sotsiaalteenused**

Erihoolekandeteenused on mõeldud täisealistele psüühikahäiretega inimestele, kellel on vaja kõrvalist abi, juhendamist, nõustamist ja/või järelevalvet. Teenuste kaudu on võimalik inimesel säilitada või parandada elukvaliteeti läbi arendavate ja vajalike tegevuste. Kõik psüühikahäirega inimesed ei vaja erihoolekandeteenuseid. Neid vajavad inimesed, kellel psüühikahäire tõttu esineb riskikäitumist. Alates 01.04.2019 saab inimene erihoolekandeteenuseid pöördudes otse Sotsiaalkindlustusameti poole. Kui

nüüd pääseb teenusele ühe kuni kahe kuu vältel, siis eelnevalt võis teenusele saamiseks ainult vajalike dokumentide kogumine võtta aega lausa kolm kuni neli kuud. Muudatuse põhjuseks on asjaolu, et inimesel oleks võimalik saada kiiremalt ja lihtsamalt juurdepääs vajaminevale teenusele. (Tsuiman, 2019, lk 16)

Sotsiaalkindlustusameti poolt pakutavateks teenusteks on ööpäevaringsed hooldusteenused ning erinevad toetavad ja jõustavad teenused. Teenused on peamiselt mõeldud inimestele, kes vajavad oma psüühikahäirest tulenevalt kõrvalist abi ja juhendamist toimetuleku tõstmiseks või säilitamiseks. (Sotsiaalministeerium, 2011, lk 132)

Aastate jooksul on erihoolekandeteenused jõudsasti arenenud. 1990. aastal pakuti psüühiliste erivajadustega inimestele ainsa teenusena ööpäevaringset hooldust. Järgneval aastal lisandusid teenuste hulka veel igapäevaelu toetamine, toetatud elamine, elamine kogukonnas. Alles 2001. aastal lisandus teenuste nimekirja ka töötamise toetamise teenus. Kõikide eelnevalt välja toodud teenuste eesmärgiks on arendada täiskasvanud inimesel võimalikult iseseisvat toimetulekut. (Sotsiaalministeerium, 2011, lk 132)

Kogukonnapõhiste erihoolekandeteenuste alla, mida vajavad psüühilise erivajadusega inimesed, kuuluvad neli teenust, mis on riigi poolt rahastatud ja koordineeritud. Nendeks neljaks teenuseks, mis saavad sama peatüki all lahti kirjeldatud, on toetatud elamise teenus, kogukonnas elamise teenus, igapäevaelu toetamise teenus ja töötamise toetamise teenus. (Bugarszki *et al.*, 2016, lk 88–89) Erihoolekandeteenused on mõeldud täiskasvanud inimestele, kelle raske, sügav või püsiv psüühikahäire on tekitanud olukorra, kus inimene vajab kõrvalist abi, juhendamist või järelevalvet. Erihoolekandeteenuseid ei saa täiskasvanud isikud, kes on dementsuse diagnoosiga vanaduspensionärid. (Sotsiaalministeerium, 2015, lk 1)

Kui eelnevalt välja toodud perioodil 1990 - 2018 osutati psüühilise erivajadusega inimestele nelja erinevat teenust, siis alates 1. jaanuarist 2019 osutatakse üksteist peamiselt riiklikult rahastatavat erihoolekandeteenust. Erihoolekandeteenused, 01.01.2019 aasta seisuga, mida osutatakse täiskasvanud psüühilise erivajadusega inimestele, on järgnevad (Sotsiaalministeerium, 2019):

1. Igapäevaelu toetamise teenus.
2. Igapäevaelu toetamise teenus autismispektriga raske või sügava puudega täisealistele.
3. Igapäevaelu toetamise teenus päeva- ja nädalahoiuteenusena.
4. Toetatud elamise teenus.
5. Kogukonnas elamise teenus.
6. Töötamise toetamise teenus.
7. Ööpäevaringne erihooldusteenus.
8. Ööpäevaringne erihooldusteenus isikutele, kellel on ebastabiilse remissiooniga raske, sügav või püsiva kuluga psüühikahäire.
9. Ööpäevaringne erihooldusteenus isikutele, kellel on sügav liitpuue.
10. Ööpäevaringne erihooldusteenus äärmuslikult kahjustava käitumisega autismispektrihäirega inimestele.
11. Ööpäevaringne erihooldusteenus isikutele, kes on suunatud teenusele kohtumäärusega.

2020. aasta seisuga on erihoolekandeteenuseid pakkuvate asutuste arv regionaalosakondades täiskasvanute erihoolekandeteenustele järgmine. Põhja regionaalosakonnas on tegutsevaid asutusi 86, lõuna regionaalosakonnas 48, lääne regionaalosakonnas 35 ning ida regionaalosakonnas 44. 2020 aasta seisuga on Eestis neid tegutsevaid asutusi kokku 213. (Sillamaa, 2020, lk 1)

Igapäevaelu toetamise teenuse eesmärgiks on arendada ja säilitada inimese toimetulekut ja arengut läbi psühho-sotsiaalse toimetuleku toetamise, igapäevaelu oskuste ja tööelu oskuste kujundamise. Samuti nõustatakse isikuga koos elavaid liikmeid. Peamiseks teenuse eesmärgiks on püüda ära hoida abi vajavate isikute sattumist erihooldekodusse. Teenuse kaudu püütakse inimest toetada selles, et ta saaks hakkama igapäevaelus olevate toimingutega. (Klaassen *et al.*, 2010, lk 16)

Sotsiaalhoolekande seaduse (edaspidi SHS) § 94 punkti 1 kohaselt on toetatud elamise teenus isiku sotsiaalse toimetuleku ja integratsiooni toetamine koos juhendamise ja majapidamise ja igapäevaelu korraldamises, et tagada isiku võimalikult iseseisev toimetulek iseseisvalt elades. § 95 kohaselt on õigus saada toetatud elamise teenust

täisealisel isikul, välja arvatud kõnealuse seaduse § 72 lõikes 2 nimetatud isikul, kes vastab järgmistele tingimustele:

1. tal on raske, sügava või püsiva kuluga psüühikahäire;
2. ta suudab ise enda eest hoolitseda;
3. ta suudab juhendamise korral toime tulla igapäevaelu toimingutega.

(Sotsiaalhoolekande seadus, 2015)

Toetatud elamise teenuse sihtmärgiks on inimesed, kes ei suuda tulla iseseisvalt toime ning kes vajavad enda ümber sellist keskkonda, mis oleks võimalikult sarnane normaalsetele elutingimustele. Selle teenuse raames normaliseeritakse inimestel nii nende elustiili kui ka elamistingimusi. (Kõre *et al.*, 2006, lk 71) Selle teenuse eesmärgiks on toetada inimese toimetulekut temale eluruumi elamiseks andmisega. Lisaks on tal seal võimalus saada juhendust igapäevaelus toimetulekuks. (Bugarszki *et al.*, 2016, lk 88)

Kogukonnas elamise teenusega luuakse inimesele võimalus elada peresarnases keskkonnas, kus rahuldatakse inimese peamised vajadused ning arendatakse igapäevaoskusi. Teenuse raames pakutakse isikule teenust koos majutuse ja toitlustusega. (Klaassen *et al.*, 2010, lk 17)

Tulenevalt SHS § 97 punktist 1 on kogukonnas elamise teenus isiku põhivajaduste rahuldamiseks ja arenguks soodsa peresarnase elukorralduse loomine koos majutuse ja toitlustamisega, et suurendada isiku iseseisvat toimetulekut ja arendada igapäevaelu tegevuste korraldamise oskusi ühistes tegevustes osalemise kaudu. § 98 järgi on õigus saada kogukonnas elamise teenust täisealisel isikul, välja arvatud kõnealuse seaduse § 72 lõikes 2 nimetatud isikul, kes vastab järgmistele tingimustele:

1. tal on raske, sügava või püsiva kuluga psüühikahäire;
2. ta suudab toime tulla enese eest hoolitsemisega ja osaleda majapidamistöodes;
3. talle ei osutata samal ajal igapäevaelu toetamise teenust, toetatud elamise teenust või ööpäevaringset erihooldusteenust. (Sotsiaalhoolekande seadus, 2015)

Toetatud töö on hästi määratletud ja põhjalikult uuritud lähenemisviis psüühikahäiretega inimestel konkurentsivõimelise töökoha leidmisel ja säilitamisel. Peamiseks teenuse

eesmärgiks on aidata inimestel leida ja säilitada konkurentsivõimeline töö. (Marshall *et al.*, 2014, lk 1)

SHS § 91 punkti 1 kohaselt on töötamise toetamise teenuse eesmärgiks juhendada ja nõustada isikut, et toetada tema iseseisvat toimetulekut ning parandada elukvaliteeti tema võimetele sobiva töö otsimise ja töötamise ajal. Tulenevalt §-st 92 on õigus saada töötamise toetamise teenust täisealisel isikul, välja arvatud kõnealuse seaduse § 72 lõikes 2 nimetatud isikul, kes vastab järgmistele tingimustele:

1. tal on raske, sügava või püsiva kuluga psüühikahäire;
2. ta vajab töötamise ajal pidevat toetust ja juhendamist;
3. talle ei osutata samal ajal ööpäevaringset erihooldusteenust. (Sotsiaalhoolekande seadus, 2015)

SHS § 100 punkti 1 järgi on ööpäevaringne erihooldusteenus täisealise isiku ööpäevaringne hooldamine ja arendamine koos majutuse ja toitlustamisega, et tagada teenust saava täisealise isiku iseseisva toimetuleku säilimine ja suurenemine ning turvaline keskkond teenuseosutaja territooriumil. Kõigil teenustel on sarnaseks nüansiks erivajadustega inimeste jõustamine ning arendamine või olemasolevate oskuste säilitamine.

#### **1.4. Erihoolekandeteenuste kvaliteet ja rahulolu**

Peamiseks probleemiks Eesti vaimse tervise jaoks pakutavate teenuste seisukohalt on asjaolu, et vaimse tervise probleeme alatahtsustatakse, nende kättesaadavus on minimaalne, võimalikke alternatiive on vähe ning puudub piisavalt infot erinevate teenuste võimalikkuse kohta. Üldiselt on vaimse tervise jaoks olemas olevate teenuste kättesaadavus suuresti rahastuse puudumise taga. Teenuste kujundamisel, planeerimisel ning kvaliteedi hindamisel enamasti puudub kliendi enda osalus. (Bogdanov & Pertel, 2012, lk 15)

Paljud isikud, kellel on tõsised vaimse tervise probleemid, vajavad täiendavaid sotsiaalhoolekandeteenuseid. Erisused selle vahel, kas inimene vajab lühiajalist psühhiaatrilist ravi või pikaajalist sotsiaalhooldust, tulenevad inimese olukorrast.

Pikaajaline institutsionaliseerimine on sageli põhjustatud puudusest saamaks piisavat elamis- ja sotsiaaltuge kogukonnas. (Kozma & Petri, 2012, lk 10)

Esimeseks väga tähtsaks aspektiks on kvaliteetne teenus. Selleks, et oleks võimalik pakkuda kvaliteetset erihoolekandeteenust psüühilise erivajadusega inimestele, on vaja teha nende klientidega dokumenteeritud klienditööd. Enne klientide suunamist erihoolekandeteenustele, on lisaväärtuseks see, kui inimesele on koostatud rehabilitatsiooniplaan, mis annaks inimesele teenust pakkudes suuna ja valdkonnad. Sisuliseks ja meetoodiliseks klienditööks vajab klient tegevusplaani. Vaimupuudega inimestele on soovitatav teha tegevusplaan mina vormis, et klient suudaks seda paremini mõista. (Tõnisson *et al.*, 2011, lk 21)

Sotsiaalteenuste kvaliteedis on oluline pakkuda inimestele võimalikult kvaliteetselt tuge, sest tänu heaolutundele on võimalik suurendada nende iseseisvust. Paraku saab sotsiaalteenuseid pakkudes määravaks raha. Rahalised piirangud on varjutanud sotsiaalteenuste poliitikat ja praktikat viimase kümne aasta jooksul kogu Euroopas. Oluliseks aspektiks on see, et aastate jooksul on tulnud juurde erinevaid teenuseid. Selle valguses on oluline ära märkida asjaolu, et sotsiaalteenuse kvaliteet on sama oluline kui teenuse kättesaadavus. (European Social Network, 2020, lk 4)

Juhtivaks teooriaks vaimse tervise teenuste kvaliteedi mõistmise hõlbustamiseks kasutatakse Donabediani mudelit. Antud mudeli alusel hinnatakse kolme dimensiooni, milleks on teenuste struktuur, protsess ja lõplik tulemus. Vaimse tervise teenuste kvaliteedi hindamisel tuleb kriitilist tähelepanu pöörata teenuste ning ühiskonna kontekstile ja kultuurilistele normidele. (Badu *et al.*, 2019, lk 3)

Et teenuse osutajatele ja teenuse tarbijatele oleksid teenuste põhised kvaliteedijuhised ühtselt arusaadavad, on Sotsiaalkindlustusamet loonud 2018. aastal Eesti erihoolekandeteenuste kvaliteedijuhise. Kõikide hoolekandeteenuste ühiseks eesmärgiks on inimest tegevustes juhendada ning arendada inimese iseseisvat toimetulekut. Teenused on suunatud neile, kes ei saa oma vaimse tervise diagnoosist tulenevalt teistest hoolekandeteenustest abi. (Sotsiaalkindlustusamet, 2018, lk 1)

Kvaliteedijuhise kriteeriumid:

- teenuse kättesaadavus ja taskukohasus;
- teenuse osutamise keskkond;
- inimesekeskset, eesmärgipäraseid ja vajaduspõhiseid teenuseid;
- terviklik lähenemine, sujuv teenuste korraldus ja võrgustikutöö;
- inimese võimestamine;
- kaasamine;
- inimese õigused;
- tulemustele orienteeritus;
- töötajate pädevus;
- töötajate eetika;
- juhtimine;
- töötingimused ja organisatsiooni töökeskkond. (Sotsiaalkindlustusamet, 2018, lk 2–17)

2016. aastal loodud heaolu arengukava järgselt tahetakse pikas perspektiivis läbi viia muutusi. Muutused peaksid sisaldama eri valdkondade teenuste ja toetuste koostoime parendamist ning uue teenussüsteemi loomist erihoolekandeteenustele. Nendele aitab omakorda kaasa sotsiaalteenuste kvaliteedi ja järelevalve parandamine, info- ja kommunikatsioonitehnoloogia võimaluste ning andmeregistrite arendamine. Samuti tahetakse parandada poliitikaotsuste tegemiseks vajalike andmete ja analüüsi kvaliteeti. Mitmeid tegevusi plaanitakse läbi viia struktuurivahenditele toetudes. Seadusandlusega seoses olevate muutustega soovitakse tagada vähemustele parem kaitse ja kvaliteetne kaitsemehhanism diskrimineerimise ees. Inimestele teenuseid osutades üritatakse hakata silmas pidama inimese vajadusi mitte tema staatust sh puude raskusastet. (Sotsiaalministeerium, 2016, lk 24)

Kui esimeseks aspektiks on kvaliteetne teenus, siis teiseks on kliendi rahulolu pakutavate erihoolekandeteenustega. Kliendi rahulolu all mõeldakse eelkõige kliendi enda taju tema enda loodud nõuete määra suunas. (Vana, 2013, lk 4) Hea töö ja kvaliteedi näitajaks peetakse kliendi vajaduste rahuldatust teenust saades. See aga eeldab, et klient usaldab asutust või teenust ja soovib ka tulevikus selle teenuseosutaja juurde pöörduda. Lisaks sellele, et klient on rahul, peetakse oluliseks ka teiste osapoolte

rahulolu. Teiste osapoolte all peetakse silmas lähedasi, eestkostjaid, rahastajaid ja muid asutusi ning spetsialiste. (Vana, 2013, lk 53)

Sotsiaalteenuste kvaliteedi analüüsi ja ettepanekute tervikliku kvaliteedisüsteemi tagamise juurutamise uuringus on välja toodud asjaolu, et teenuseosutajate arvates on teenuse tulemuslikkuse hindamine kõige raskem nende klientide puhul, kelle osas ei ole otseseid muutusi märgata või kui teenust saaval kliendil tekib tagasilangus. Keerukas on tulemuste hindamine ka sotsiaalsete suhete valdkonnas, kuna ei pruugi teada olla kliendi motivatsioonitase ning jõustatus. Eelnevalt välja toodud uuringus on välja toodud, et klientide rahulolu on raske hinnata objektiivsel viisil. (Vana, 2013, lk 69–70)

Et hinnata klientide rahulolu teenustega, on välja töötatud SERVQUAL-i skaala. See skaala on vajalik selleks, et oleks võimalik mõõta teenuste kvaliteeti ühel kindlal tööriistal kindlate kriteeriumite järgi. SERVQUAL-iga on võimalik mõõta peamiselt teenuste kvaliteeti funktsionaalsete mõõtmete abil. Antud skaala abil on võimalik mõõta viite erinevat rahulolu mõjutavat aspekti. Nendeks on usaldusväärsus, reageerimisvõime, kindlustunne, empaatia ning klientide ootused ja taju materiaalsete asjade suhtes. (Butt & de Run, 2010, lk 3)

Näiteks 2014. aastal tehtud uuringu põhjal, mis viidi läbi x asutuses, taheti välja selgitada klientide rahulolu erihoolekandeteenustega. Küsimustikule vastas kokku 165 klienti. Uuringust selgus, et vastajate seas oli kõige enam põhiharidusega kliente. 84% vastanutest oli olnud teenusel kauem kui kaks aastat. Dokumentide vormistamisel teenusele või teenustele tulekul vajas abi 75% klientidest ning 84% klientide hulgast sai vormistamisel abi x asutuses töötavatelt tegevusjuhendajatelt. Teenuse osutamise kvaliteedi kohta vaadeldavate tulemuste protsendid olid kõikuvad. Näiteks küsimusele, kas juhendaja peab kliendiga nõu mingi teenuse osutamisel, oli keskmiseks väitega nõustumise protsendiks 82. Klientide ettepanekutega arvestamise keskmiseks protsenttulemuseks oli aga 51, mis on palju madalam, kui eelnevalt välja toodud tulemus. Kõigist vastanutest 76% leidsid, et nende elu on muutunud paremaks seoses teenuse või teenuste saamisega. (Mens Sana, 2014, lk 1–3)

2019. aastal tehtud uuringu põhjal, mis viidi läbi asutuses x, olid kliendid üldises vaates teenustele pääsemisega rahul. 2014. ja 2019. aastal tehtud uuringute tulemustel on

sarnane protsentuaalne seis nende klientide vastuste osas, kes on teenusel viibinud üle kahe aasta. Neid kliente, kes olid teenusel alla kahe aasta, oli 14 inimest. Vastanute hulgas oli suurem osa neid, kes olid rahul, kuid leidis ka neid, kes mõne asjaga rahul ei olnud. See peaks olema iga küsitluse juures tavapärane nähtus. Näiteks küsimusele, kus uuriti juhendajate suhtumist klientidesse, olid ligikaudu 90 protsenti vastanutest juhendajate suhtumisega rahul. Vastanud on osanud välja tuua nii positiivseid aspekte, kui ka kohti, mis vajaksid parandamist. Huvitavaks tulemuseks oli asjaolu, et paljud kliendid olid viimase möödunud aasta jooksul tundud, et ei saa juhendajaga ühendust. Küsimusele, kas klient teab oma õigusi ja kohustusi, vastasid 64 inimest 100-st kliendist jaatavalt, 3 klienti vastasid eitavalt ning 15 inimest leidis, et nad ei oska selle kohta midagi öelda. Häirivate asjaolude kohta tehti kokku 88 märkust ning positiivsete asjade kohta 96 märkust. See näitab, et positiivseid asju on protsentuaalses vaates rohkem, kui negatiivseid. Negatiivsete asjaolude juures on toodud välja näiteks ebausalduslik kliendi ja juhendaja suhe, kommunikatsiooniprobleemid jne. Positiivsete asjade juures olid välja toodud näiteks abivalmid ja inimlikud töötajad, stabiilne teenus, turvatunne, ühisürituste toimumine jne. Osasid muutusi oleks küll võimalik välja tuua, kuid need pole märkimisväärsed ning nende põhjal pole otstarbekas teha järeldusi. (Mens Sana, 2019, lk 1–5) Mõlemas uuringus tulid välja mõned puudused. Enamik klientidest on olnud siiani teenuste sisu ja kvaliteediga rahul, kuid paraku on ka neid, kelle jaoks ei ole teenuste kvaliteet hea.

Heaolu arengukava ellu rakendamiseks kaasnevad erinevad riskid. Kindlasti sõltub tegevuste tulemuste saavutamiseks sellest, kuidas ja kui palju on valmis erinevad tasandid omavahel koostööd tegema. Koostöö laiemaks riskiteguriks on ministriumite ja allasutuste koostöö. Seda seetõttu, et asutuste võimekus ja koostöövalmidus on ebaühtlane. Et tegevusi oleks võimalik ellu viia, tuleb luua põhjalik ja läbimõeldud ettevalmistus. Kõige alustalaks on oskuslik juhtimine. (Sotsiaalministeerium, 2016, lk 48) Kokkuvõtteks saab öelda, et nagu iga teenuse kvaliteedi ja teenuse saaja või pakkuja rahulolunäitajad on tähtsad, on ka erihoolekande teenuste kvaliteedi ja rahulolu olemasolu olulisel kohal. Mida kvaliteetsem teenus, seda enam saavad abivajavad inimesed tuge ning abi.

## **2. RAHULOLUUURING MTÜ ISESEISEV ELU PAKUTAVATE TEENUSTEGA ASUTUSE KLIENTIDELE JA NENDE LÄHEDASTELE**

### **2.1. MTÜ Iseseisev Elu**

MTÜ Iseseisev Elu on loodud Tartus nelja spetsialisti poolt aastal 1997. Nende ühiseks eesmärgiks oli parendada psüühikahäirega klientide elukvaliteeti ning nendele pakutavaid teenuseid. Senini on ühing olnud kasvuteel. Projektide raames on suudetud arendada uusi töökohti, eluasemeid ning tugikeskusi. Vastavalt teenuste osutamisele teenitud rahalise poolega on loodud toetatud töökohti. Alates 1997. aastast on pakutud toetatud töötamise teenust ning aastast 2001 pakub ühing rahvusvaheliste projektide tulemusena toetatud elamise teenust kaheksas eluasemeüksuses. MTÜ Iseseisev Elu osutab eirhoolekandeteenuseid Tartu maakonnas alates 2002, enne seda piirdus teenuste osutamine vaid Tartu linnaga. Toidupanga tegevuse koordineerimisega alustas MTÜ Iseseisev Elu aastast 2010. Kaks aastat hiljem ehk 2012 hakkas ühing pakkuma sotsiaalset rehabilitatsiooni teenust. Ööpäevaringset erihooldusteenust hakkas ühing pakkuma alates 2013 Kaarepere pansionaadis. Aastast 2021 hakkas ühing pakkuma ka kaitstud töö teenust. Teenuskohtade arvud 01.04.2021 seisuga on välja toodud tabelis 1. (MTÜ Iseseisev Elu, s.a.-a) Kõige rohkem riigieelarvelisi teenuskohti on igapäevaeltu toetamise teenusele. Rohkem kui poole vähem riigieelarvelisi teenuskohti on toetatud elamise teenusele. Kui igapäevaeltu toetamise ja töötamise toetamise -teenusele on täitmata riigieelarvelisi teenuskohti kokku 75, siis toetatud elamise teenuskohad on kõik 01.04.2021 seisuga täidetud. Mitte ühelegi tabelis välja toodud teenusele ei ole riigieelarveväliseid teenuskohti.

**Tabel 1.** MTÜ Iseseisev Elu teenuskohtade tabel 01.04.2021 seisuga.

<b>Tegevusloal nimetatud erihoolekandeteenus</b>	Igapäevaelu toetamine	Töötamise toetamine	Toetatud elamine
<b>Teenust osutatakse</b>	Vaimse alaarenguga inimesele; psüühikahäirega inimesele	Vaimse alaarenguga inimesele; psüühikahäirega inimesele	Vaimse alaarenguga inimesele; psüühikahäirega inimesele
<b>Riigieelarvevälised teenuskohad</b>	0	0	0
<b>Riigieelarvelised (RE) teenuskohad</b>	178	110	76
<b>RE täidetud teenuskohad</b>	150	63	76
<b>Täitmata RE teenuskohad</b>	28	47	0

Allikas: Sotsiaalkindlustusamet, 2021, lk 5

Ühingu üldine eesmärk on säilitada ning arendada psüühilise erivajadusega inimeste elukvaliteeti. MTÜ Iseseisev Elu missiooniks on väärtustada hoolivust ning visiooniks on toetada erivajadustega inimestele võrdsete võimaluste loomist. Ühing väärtustab inimlikkust ja hoolivust, sallivust, usaldusväärsust ja vastutustunnet, asjatundlikkust, avatust ja koostööd ning uuendusmeelsust ja arengut. MTÜ Iseseisev Elu teeb koostööd näiteks Sotsiaalministeeriumi, Eesti Töötukassa, Tartu Linnavalitsuse, Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskuse, Sotsiaalkindlustusameti, Tartu Ülikooli Psühhiaatriakliiniku, Puuetega inimeste koja, Eesti Vaimupuuetega Inimeste Tugiliidu, Eesti Toidupanga ja SA-ga Innove jms. (MTÜ Iseseisev Elu, s. a.-b)

## 2.2. Uurimismetoodika ja valimi kirjeldus

Uurimuse läbiviimiseks on kasutatud kvalitatiivset uurimismeetodit. Uurimisprotsessi lineaarse mudeli puhul on uuringu aluseks teooria. Uurimus kavandatakse deduktiivse loogika järgi, kus järeldamisprotsessis toimub liikumine üldiselt üksikule. See tähendab seda, et uurimustöö läbiviija seab töö alguses küsimuse ja hüpoteesi, leiab ning mõõdab muutujaid ning saab arvulise tulemuse, mis töö aluseks asetseva teooria ümber lükkab või vastupidiselt seda hoopiski kinnitab. (Laherand, 2010, lk 55)

Kvalitatiivne uurimistöö võimaldab saada uusi teadmisi, mille kaudu on lihtsam mõista inimsüsteeme. Kvalitatiivse uurimistöö üheks tüüpiliseks meetodiks on intervjuu (Õunapuu, 2014, lk 52), mida antud töö autor oma töös kasutas. Tänu MTÜ Iseseisev Elu klientide ja nende lähedaste või eestkostjate kogemustele, on võimalik saada teada, mis võivad olla kvaliteedi kõikumise teguriteks kõnealuses asutuses pakutavate teenustega.

Antud uurimistöö valimi moodustasid MTÜ Iseseisev Elu kuus klienti ja kuus klientide lähedast või eestkostjat. Kuna asutuse klientideks on psüühilise erivajadusega inimesed, leidis töö autor, et konstruktiivsema info saamiseks on oluline küsitleda ka nende samade inimeste lähedasi. Uurimuse hetkel oli teenusel kokku üle kaheksa kliendistaatuses oleva isiku, kuid intervjuueeritavateks valis töö autor kuus klienti. Valimi valikut käsitleb töö autor järgmises lõigus. Kahe kliendi puhul andsid lähedastele või eestkostjatele mõeldud intervjuuküsimustele vastused nende eestkostjad ning neljale kliendile nende vanemad. Respondentide (edaspidi K1–K6) teenusel viibitud aeg ületas vähemalt ühe aasta. Kõige kauem asutuses teenust saanud isik oli seal teenusel olnud juba 16 aastat ning kõige lühemat aega neli aastat.

Autor kasutab oma lõputöö uuringus ettekavatsetud valimit (Õunapuu, 2014, lk 143). Enne lõputöö tegemist küsis lõputöö kirjutaja asutuse juhatajalt luba selle töö tegemiseks. Valimi valis välja uurija koostöös asutuses töötavate tegevusjuhendajatega. Töö autori kriteeriumiks valimi koostamisel oli asjaolu, et kliendid ja nende lähedased või eestkostjad oleksid alati ka intervjuus osalema ning erinevatele küsimustele avameelselt vastama. Samuti kogus töö autor eelinfot suheldes asutuse

tegevusjuhendajatega, et mõista paremini sihtrühmas viibivate isikute iseärasusi.

Andmekogumismeetodina on kasutatud poolstruktureeritud teemaintervjuusid, kuna küsimuste sõnastamine on paindlik ning vajadusel on võimalik intervjueeritava käest avatud vestluse raames küsida täpsustavaid küsimusi. (Õunapuu, 2014, lk 171) Poolstruktureeritud intervjuud tuginevad teemakohastele teaduslikele allikatele, millele on küsimusi edastades võimalik toetuda. (Laherand, 2010, lk 193) Intervjuuküsimustiku kavade koostamisel tugines töö autor 2014. ja 2019. aastal MTÜ-s Iseseisev Elu läbi viidud klientide rahulolu uuringutele, psüühilise erivajadusega inimeste hoolekandesüsteemi alusmudelile ja Sotsiaalkindlustusameti 2018. aastal välja antud kvaliteedijuhiste kriteeriumitele. (Mens sana, 2014; Mens sana, 2019; Klaassen *et al.*, 2010, lk 9; Sotsiaalkindlustusamet, 2018, lk 2–17) Intervjuude kavadega saab tutvuda töö lisas 1 ja 2 (vt lk 42–43).

Intervjuude kavad jagas töö autor klientidele ja klientide lähedastele või eestkostjatele mõeldud intervjuus kolmeks teemaplokiks (Laherand, 2010, lk 293–294). Klientidele mõeldud intervjuu esimeseks teemaplokiks on teenusele pääsemine ning sellega seonduvad aspektid, teiseks teemaplokiks teenuste olemus ja -kvaliteet, tulemuslikkus ja asutuse personal ning kolmandaks teemaplokiks rahulolu teenustega ja puudujäägid teenuste osutamisel. Lähedastele ja eestkostjatele mõeldud intervjuu esimeseks teemaplokiks on teenusele pääsemine, teiseks teemaplokiks on teenuste olemus ja -kvaliteet, tulemuslikkus ja asutuse personal ning kolmandaks teemaplokiks on rahulolu teenustega ja puudujäägid teenuste osutamisel. Plokid on sarnased ning loodud selleks, et sarnase eesmärgiga küsimused oleksid koos ja tekitaksid loogilise terviku. Plokkide kasutamise kaudu on autoril kergem leida vastus püstitatud probleemile. Mõlemas teemaplokis autor analüüsib respondentide (K1–K6 ja L1–L6) vastuseid. K1–K6 tähistab respondentidena kliente ja L1–L6 tähistab lähedasi või eestkostjaid.

Klientide rahulolu uuring erihoolekandeteenustega viidi läbi ajavahemikul 01.03.2021–28.03.2021. Intervjuud toimusid kõik erinevatel kellaaegadel. 12-st kolm vastajat soovisid, et intervjuu toimuks meili vahendusel. Ülejäänud üheksa intervjuud toimusid telefoni vahendusel, kuna küsitlavad ei soovinud kohtuda seoses COVID-19 pandeemiaga. Intervjuude keskmiseks kestvuseks oli 45 kuni 60 minutit. Kõik olenes sellest, kui avameelne ja jutukas intervjueeritav oli. Enne intervjueerimist valmistas töö

autor kõik aegsasti ette, et intervjuude läbi viimine sujus hästi. Lisaks tõmbas autor oma nutiseadmesse kõnede salvestamine mobiilirakenduse, kuid peale intervjuude tegemist avastas intervjuerija, et rakendus oli vigane ning paraku intervjuud ei salvestunud. Töö autor transkribeeris intervjuerimise ajal kõik intervjueritava öeldud laused kirjalikult ülesse, et hiljem oleks saadud vastuseid võimalik analüüsida. Respondendid jäävad antud uurimistöös anonüümseteks.

Andmeanalüüsimeetodina kasutas autor oma töös sisuanalüüsi, et seostada saadud tulemusi teoreetilise poolega. Sisuanalüüsi puhul tehakse ettepanekuid praktilisteks muudatusteks, mille kaudu täiustada antud valdkonda. (Laherand, 2010, lk 291–292) Teksti paremaks töötlemiseks rühmitati sarnaste tunnuste alusel intervjueritavate vastused, mida omakorda hiljem ka omavahel võrreldi.

## **2.3. Uurimustulemuste analüüs**

### **2.3.1. Teenusele pääsemine ning sellega seonduvad aspektid**

Kuuest respondendist kolm (K1, K2 ja K5) tõdesid, et teenusele oli kerge pääseda ning elukoht ei saanud teenusele pääsedes määravaks, vaid pigem aitas kaasa. Kõikide vastanute abistajateks teenusele või teenustele pääsemisel olid erialaarstid ja lähedased. Seevastu ühe respondendi K6 jaoks oli teenusele pääsemine keeruline, kuna tema tollaegne elukoht asus Tartu linnast väljaspool ning bussiühendust Tartuga oli halb.

Kahe respondendi (K3 ja K4) dokumentatsiooniga tegelesid nende eestkostjad. Ühe respondendi K4 edasilükkamatu abivajaduse tekkimise põhjuseks oli tema ema surm.

Teenusele sellel ajal ei olnud raske pääseda. Teenusele pääsesin kiiresti minu silmis tänu sellele, et vahetult enne teenusele minekut lahkus minu ema. Seetõttu aitas mul L4 kiiresti asjad korda ajada, et ma ei jääks ilma abist ja toest. Tänu nendele sain kiiresti teenusele. Elukoht ei saanud määravaks, kuna elan Tartu linna piiril ja bussiühendus on hea. Bussiga sõitmisega saan iseseisvalt ilusasti hakkama. (K4)

Kõigi respondentide (L1–L6) jaoks oli lähedase teenusele pääsemine pigem kerge. Kahe vastanu (L5, L6) vastused küsimusele kuidas said lähedase või eestkostjana olla inimesele toeks teenusele pääsemisel, olid vastusteks positiivsed kuuldused ja info liikumine MTÜ Iseseisev Elu tegevuse kohta. Samuti ei saanud kummagi vastaja jaoks lähedase teenuselesaamisel määravaks elukoht. „Teenusele ei olnud keeruline pääseda, pigem läks see protsess kergesti. Järjekordi tol hetkel ei tundunud olevat. Elukoht ei saanud määravaks. Minu jaoks oli tähtis, et see keskus asuks kodule lähedal. Hetkel olen pannud K5 ka toetatud elamise teenuse järjekorda.“ (L5)

Ühte respondenti L2 aitas teenusele suunata piirkonna sotsiaaltöötaja ning ühe vastaja L1 abistajaks oli psühhiaater. Kaks vastanut (L3, L4) on klientide eestkostjad. Üks eestkostja L3 ei osanud teenusele saamise keerukuse kohta vastust anda, kuna klient olevat teenusel olnud juba enne eestkoste saamist. Teine eestkostja L4 ei pidanud teenusele pääsemist keeruliseks, vaid tõi välja kiire teenusele pääsemise teekonna kirjelduse. „...lisada tuli taotluse juurde psühhiaatri hinnang, L3 sai teenusele koheselt peale suunamisotsuse saamist. Näen dokumentidest, et erihoolekandeteenuse taotluse olen Sotsiaalkindlustusametile esitanud 18.10.2011 ja koostööleping Iseseisva Eluga K4-le teenuse osutamise kohta on sõlmitud juba 27.10.2011.“ (L4)

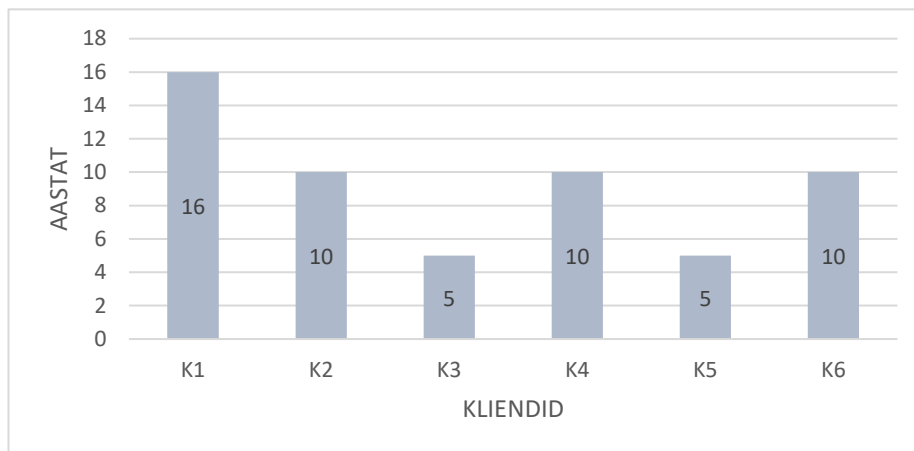
Kui vastajate (L1–L6) seas olid kõik vastanud teenusele lihtsa pääsemise osas ühtsel meelel, siis respondentide (K1–K6) seas olid kuuest kolm inimest, kellest ühe meelest oli teenusele pääsemine keeruline ning kahel respondendil polnud teenusele saamisega otseselt ise kokkupuudet, kuna nende eest asjaajamist korraldasid nende eestkostjad.

### **2.3.2. Teenuste olemus ja -kvaliteet, tulemuslikkus ja asutuse personal**

Küsimusele, kas teenusele tulles selgitati ära kõik kliendi õigused ja kohustused, vastasid kõik respondendid (K1–K6) jaatavalt, kinnitades seda allkirjaga. „Teenusele tulles selgitati ära kõik, mida pean tegema ja mida võin teha. Olen nendest terve teenustel oldud aja jooksul kinni hoidnud.“ (K6)

Respondentide (K1–K6) teenusel või teenustel oldud aeg jääb ajavahemikku viis kuni kuusteist aastat (vt joonist 2). Kõige kauem teenusel viibija oli vastaja K1–16 aastat. Kõik respondendid (K1–K6) loodavad teenusele jääda pikaks ajaks. Vastaja K4 soovib

teenusele jääda elu lõpuni. „Hetkel olen teenust saanud umbes 10 aastat. Loodan, et saan teenusel olla edasi elu lõpuni." (K4)



## Joonis 2. Vastanud klientide teenusel/teenustel viibitud aeg

Respondendid (K2, K4 ja K6) saavad MTÜ-s Iseseisev Elu mitut teenust korraga, (K1, K3 ja K5) on ühel teenusel. Kõige enam ollakse igapäevaelu toetamise teenusel ning kõige vähem toetatud töötamise teenusel.

Töö autor toob välja iga respondendi, kelle vahel on seos (klient ja lähedane), sarnasusi ja erinevusi teenuste saamisel. Respondentide (K1–K6) vastuseid küsimustele, mis teenuste juures meeldib või ei meeldi ning mida nad on juurde õppinud, võrdleb töö autor vastajate (L1–L6) vastustega küsimustele, mis on teenuse sisuks lähedaste või eestkostjate silmis ja mis muutusi nad on oma lähedases täheldanud.

Respondent K1 arvab, et talle meeldib kõik peale konfliktide, mida elus siiski vahel ette tuleb. Vastaja arvab, et tal on tänu teenusel käimisega tekkinud kohusetunne. Lisaks on tal tekkinud oskus küsida nõu ja abi. Respondendi vanem ehk vastaja L1 leiab, et MTÜ-s Iseseisev Elu pakutava teenuse sisuks tema lähedase jaoks on võimalus õppida elus paremini toime tulema. L1 sõnab, et K1 ei suudaks ilma teenuseta hakkama saada elus tekkivate probleemidega. L1 sõnul on K1 märgatavamalt iseseisvam.

Vastaja K2 peab kõige olulisemaks tegevusjuhendaja olemasolu, kes teda toetab näiteks tööotsingutel ja selle säilitamisel. K2 jaoks on arenenud igapäevaoskused. Respondendi L2 nägemuse kohaselt on K2 teenusel oldud aja jooksul edasi arenenud.

Kodus ta eelnevalt ei koristanud ega teinud süüa. Nüüd teeb ta neid kõiki asju ise. Oskab ise vaadata ja näha asju, mida oleks vaja teha. K2 on läinud suhtlemisel lahtisemaks. Ta on muutunud igati iseseisvamaks. Isegi meie sugulased imestavad, kui tubliks on K2 muutunud. Ühesõnaga suur areng on toimunud. (L2)

Respondent K3 toob välja, et tema päev on sisutihe tänu erinevatele tööistele tegevustele, mida MTÜ Iseseisev Elu päevakeskuses pakutakse. Teenusel olles on ta õppinud kellaaegadest kinni pidama. Vastaja L3, kes on ühtlasi ka K3 eestkostja, leiab, et teenuse sisuks on toetada klienti iseseisvamalt toime tulema.

Tänu teenuseosutaja professionaalsele tegevusele sai K3 eestkoste, sest tema enda võimekus oma igapäevaeluga toime tulla ei olnud piisav. Arvan, et teenus on tema elu muutnud kindlamaks ja stabiilsemaks. K3-l on tegevusjuhendaja, kelle poole ta saab vajadusel pöörduda abi küsimiseks. Teenuse toel saab ta praegusel hetkel kodus elada. Kui teenust ei oleks, ei saaks ta oma kodus elada, sest ta ei tuleks iseseisvalt toime ja ei saaks hakkama oma asjaajamisega, samuti kulutaks ta kogu oma raha ebavajalike asjade ostmisele. K3-l ei ole võimalik iseseisvalt oma eluga toime tulla ilma selle teenuseta. (L3)

Lisaks tõi respondent L3 välja väga huvitava asjaolu, mis kindlasti väärrib eraldi välja toomist.

K3 saab toetatud elamise teenust OÜ-lt Koduhooldus. Kuna kaks teenust toimivad paralleelselt ja teenust osutatakse erinevatest asutustest, on vahel tekkinud olukord, et üks ei tea, mida teine teeb. Leian, et teenuse saaja seisukohalt oleks vajalik, et neid teenuseid osutaks siiski üks asutus. Miks tema puhul on teenused erinevatest asutustest, ei oska kommenteerida. Samuti on väga keeruline hinnata, kummast teenusest rohkem kasu on. Tahaks loota, et mõlemast teenusest on võrdselt kasu K3 jaoks. (L3)

Respondendile K4 meeldib enim see, et tegevusjuhendaja käib toetatud elamise teenuse raames iganädalaselt kliendi kodus teda juhendamas. Juhendamise kõrvalt saab vastaja K4 tema enda sõnul rahuldatud suhtlusvajadust. Tänu teenusele on respondent õppinud selgeks igapäevaelu toiminguid. Vastaja L4 sõnul, kes on respondent K4 eestkostja, aitab toetatud elamise teenus koos igapäevaelu toetamise teenusega eestkostetaval

igapäevaeluga paremini toime tulla. Vastaja L4 peab oluliseks kliendi võimalust veeta aega MTÜ Iseseisev Elu päevakeskuses. Respondent L4 sõnul oleks K4 elukvaliteet kehvem. „Ilma teenusteta ei elaks K4 kindlasti enam oma kodus, vaid oleks ööpäevaringsel teenusel. K4-le on see andnud tema eluks vajaliku toe ja iseseisvuse.“ (L4)

Vastajale K5 meeldib enim just suhtluspool, mida võimaldatakse talle läbi selle, et respondent saab käia iganädalaselt päevakeskuses. Respondendile ei meeldi teiste klientide mõnitamine ja halb käitumine. Samas ei julge vastaja K5 seda oma tegevusjuhendajale rääkida, kuna tunneb, et tema tegevusjuhendaja on sageli hõivatud teiste tööülesannetega. Teenusel olles on vastaja oma sõnul õppinud paremini suhtlema ning lisaks on tal laulu- ja tantsuringides käimisega tekkinud esinemisjulgus. Respondent L5 leiab, et teenuse sisuks on eelnevalt õpitud teadmiste ja oskuste säilitamine. Tema jaoks on väga tähtis, et K5 käiks koos teistega väljasõitudel, saaks juurde uusi oskusi ja kogemusi ning suhtleks uute inimestega. Respondent L5 leiab, et teenuseta võib tema K5-l tekkida taandareng ja seetõttu on MTÜ-s teenusel käimine lausa eluliselt oluline. „Minu jaoks on uskumatu see, et K5 oskab hästi käsitööd. Seda ma ei oleks osanud oodata. Tema tulemused hämmastavad. Lisaks on minu jaoks uskumatu see, et tal on tekkinud esinemisjulgus – käib laulmas ja esinemas.“ (L5)

Kõige enam meeldib käia respondent K6 asutuse õppekõrgis, kus ta on omandanud nii palju uusi ja häid oskusi MTÜ-s teenusel olles. Vastaja leiab, et kuna ta on väga arg ja tagasihoidlik inimene, siis tema jaoks oli kunagi teenusele tulek üldse väga julgustnöudev samm. Nüüd, kus vastaja on täielikud harjunud oma eluga, peab ta seda kõike väga tähtsaks. Respondent L6 silmis on K6 jaoks see teenus väga tähtis.

K6 päevad on sisustatud. Abi saab ta igas mõttes. Minu suureks hirmuks on see, et kui ma peaksin ühelt päeval tema kõrvalt ära kaduma, siis mis K6-st edasi saab. Tegevusjuhendajad toetavad teda ning juhendavad teda kõigi toimingute tegemisel, mis on seotud töötamise ja elamisega. Samuti aidatakse teda dokumentide vormistamisel. K6 on saanud täiskasvanulikumaks, enne käitus nagu laps. Ta teeb tööd ning oskab seda hinnata. Hetkel on ta seal asutuses kondiiter ning omab sellekohaseid teadmisi. Ta oskab iseseisvalt süüa teha ning enda eest hoolitseda. (L6)

Vastajate (K1–K6 ja L1–L6) jaoks on asutuse personal väga tore, abivalmis ja vastutulelik. Respondendid (K1–K6) leiavad, et töötajad on nende vastu alati sõbralikud ja aitavad küsimuste ja probleemide ilmnemisel. Vastaja K2 jaoks on töötajad abivalmid, kuid puutub siiski nendega harva kokku. Respondent K4 kasutab tegevusjuhendajate kirjeldamiseks sõna okei. „Töötajad on täitsa okeid. Ei ütleks midagi nende kohta halvasti. Töötajad suhtuvad minusse hästi. Vastuseisu ei ole ma seal käidud aja jooksul tundnud. Pigem tunnen, et olen keskusesse oodatud.“ (K4)

Ka lähedaste (L1–L2 ja L5–L6) ja eestkostjate (L3 ja L4) arvates on asutuse personal tore ja toetav. Vastaja L2 teeb tihedat koostööd K2 tegevusjuhendajaga. Respondent L3 kiidab väga oma eestkostetava K3 tegevusjuhendaja tööd ning tunneb, et nii tema, kui tegevusjuhendaja töötavad ühise eesmärgi nimel.

Mina olen sellest asutusest tihedamat koostööd teinud K3 tegevusjuhendajaga. Tema on väga kohusetundlik, täpne asjaajamises ja väga hea koostööpartner. Temaga asju ajades on minul tunne, et töötame ühise eesmärgi nimel ja selleks on K3 elu korraldamine, igakülselt ja tema heaks, et temale oleks tagatud tema isiklikus eluruumis eluks vajalik ja tagatud ka tema igakülgne toetamine. Koostöö sagedust ei oskagi hinnata, kontaktis oleme ikka siis, kui on vajadus tekkinud. Vahel oleme kontaktis iganädalaselt, vahel aga ainult korra kuus. Arvan, et kõigist murekohtadest ma eestkostja esindajana teadlik ei ole. Tema tegevusjuhendaja hoiab mind kursis sellega, mis on minul vajalik teada. Siiani olen sellise korraldusega väga rahul. (L3)

Seoses sellega, et kliendil K4 on asutuses teenusel olles olnud mitmed erinevad tegevusjuhendajad, leiab kliendi eestkostja L4, et kokkupuuted erinevate tegevusjuhendajatega on olnud siiski positiivsed.,,...See on loomulik, et mõnega on parem klapp ja mõnega natukene väiksem klapp. Enamasti on õnneks hea klapp ja seda on K3 toimetulekust ja olekust kohe näha. Eestkostjana on kokkupuuted positiivsed.“ (L4)

Respondendi L5 arvamus, et asutuses on töötajate pidev vahetumine, on sarnane vastaja L4 arvamusel. Isegi, kui tegevusjuhendajaid vahetub, on olnud vastaja K5 viimased kaks tegevusjuhendajat asjalikud ja põhjalikud. Tänuavalduksliku pöördumise tegi

lõputöö autori poole respondent L6, kes leiab, et riik peaks seda asutust rohkem toetama.

Asutuse personal on väga tore. Au ja kiitus ning müts maha nende ees. Kliente on nendel palju, kuid siiski tulevad nad ilusasti toime K6-ga. Riik peaks rohkem seda asutust toetama. Koostööd teeme vastavalt vajadusele. Küsimuste ja murede korral suhtlen K6 tegevusjuhendajaga. Kõigist murekohtadest ma ei ole teadlik, kuna K6-l ja tema tegevusjuhendajal on omavahel usalduslik suhe. Minu kui K6 lähedase poole pöörduakse viimases hädas. (L6)

Respondentide (L4 ja L5) vastustest saab välja lugeda seda, et nemad kui (K4 ja K5) lähedased tunnevad kohati rahutust selles osas, et (K4 ja K5) jaoks puudub teenusel olles stabiilsus.

### **2.3.3. Rahulolu teenustega ja puudujäägid teenuste osutamisel**

Respondentide (K1–K6 ja L1–L6) poolt tuli väga palju erinevaid vastuseid. Ühiseks jooneks (K1–K6) respondentide vastustel oli see, et kõigile siiski meeldib teenusel või teenustel olla. Üks vastaja K5 ei osanud kommenteerida. Vastaja K2 murekohaks on tegevusjuhendajate suutmatust teda motiveerida käima ühisüritustel. Respondent K4 pakkus välja, et tegevusjuhendajatel ja nende klientidel võiks olla koos rohkem ühisüritusi või lihtsaid koosviibimisi. MTÜ Iseseisev Elu kliendid sooviksid rohkem aega veeta asutuse töötajaskonnaga.

Vastaja K6 tõdeb, et tema jaoks on asutuses liialt vähe huvitegevusi ning loodab, et see muutub. Klientide lähedastel ja eestkostjatel on samuti välja tuua lisaks kiidusõnadele ka mitmeid erinevaid puudujääke. Huvitavaks asjaoluks on see, et kui vastaja K1 ei osanud tuua välja ühtegi puudujääki, siis seda ei teinud ka tema ema L1. Perekonnas on mõlemad rahul asutuses pakutava teenusega. Respondent L2 mainis intervjuu ajal mitu korda K2 huvi muusika vastu ja sellest tulenevalt tõi ta puuduseks, et klientide musikaalne eneseväljendus võiks olla laiahaardelisem – pillimäng, muusikateraapia jms.

L3 näeb asutuse pakutavates teenustes väga mitut kitsaskohta. „...Olen kogenud teenuseosutamist väga erinevas võtmes.“ (L3) Vastaja L3 toob välja, et teenuseosutajad alati ei suuda mõista, kellele teenus on suunatud ning psüühikahäirega inimestele

kiputakse seadma ebarealistlike ootusi. „...Ei lähtuta teenusesaaja isikust, vaid teenuseosutamise korrast ja mudelist ning järgitakse seda mudelit (juhul kui üldse midagi järgitakse)“. (L3) Respondendi L3 arvates ei kipu tegevusjuhendajad alati tegema tegevusi, mis on tegevusplaanides kirjas. „...Teenust justkui osutatakse – klient ja tegevusjuhendaja justkui kohtuvad, aga nii-öelda reaalsel tulemust ei ole. Ei tehta tegevusi, mis on tegevusplaanis kirjas, ei abistata isikut näiteks ametiasutustes asjade ajamisel, ei jälgita vajalikke tähtaegu – näiteks puude või töövõime hindamise tähtaegu.“ (L3)

Respondent L3 toob välja kaks ettepanekut, kuidas annaks teenust paremaks muuta. „...Teenust annaks paremaks teha, kui kehtestatakse teenuseosutajatele ühtsed nõuded. Asutus peab mõistma, mis teenuseid nad osutavad ja nii asutus kui ka tegevusjuhendaja peavad tegema iseseisvalt teenuste sisu endale selgeks...“ (L3) Lisaks peab vastaja L3 oluliseks töötajate koolitustele saatmist, et teenuse osutajad mõistaksid sihtgruppi ja psüühikahäiretest tulenevaid eripärasid.

Vastaja L3 arvates võiks aastas vähemalt ühe korra olla kohtumised tegevusjuhendajate ja eestkostja esindajate vahel, põhjendades seda paremaks infovahetamise võimaluseks. Respondendi L5 jaoks on suureks miinuseks pidev tegevusjuhendajate vahetumine. Lisaks sooviks vastaja rohkem arenguestlusi, kus osaleksid K1 ja tema tegevusjuhendaja, vajadusel ringijuhid ja asutuse juhataja. „... Mulle K1 lähedasena meeldiks, kui tal ei vahetuks nii tihti juhendajad. Samas annab iga uus inimene uusi kogemusi juurde...“ (L1)

Respondendi L6 arvates võiks toetatud elamise teenuse raames toimuda rohkem kollektiivüritusi, et arendada sotsiaalseid suhtlemisoskusi korterikaaslaste vahel.

Teenustega olen rahul. Kui oleks minu võimuses, siis toetaksin asutust rahaliselt. Toetatud elamise teenusel võiksid toimuda korterisiseseid kollektiivüritused. Seda just seetõttu, et muidu pole K6-l teiste korterikaaslastega suhteid, kuna kõik ajavad oma asja ja on suurem osa ajast oma tubades. (L6)

Respondendid (L1 ja L3) peavad olulisteks nüansideks rohkemat suhtlust nende teenusel olevate lähedaste (K1 ja K3) turvatunde tekkimiseks. Mida rohkem suhtlust,

seda stabiilsem õhkkond ja seda turvalisem on psüühilise erivajadusega inimesel tulla toime kõige ümbritsevaga.

## 2.4. Järeldused ja ettepanekud

Töö autor mõistab, et olukorras, kus teenust saavad üle 200 inimese, aga intervjuu on läbi viidud neist 6-ga, ei saa teha põhjalikke üldistusi. Kuna aga valim sai valitud koos tegevusjuhendajatega, siis olen seisukohal, et uuringu põhjal saab teha üldistavaid järeldusi. Nii MTÜ Iseseisev Elu kliendid, kui ka klientide lähedased ja eestkostjad näevad erinevaid aspekte, mis võiks olla asutuses ja teenuste osutamise korras teisiti. Üldises plaanis on tegu klienditööga, kus keskmes on psüühilise erivajaduse klient ning kliendile osutatav teenus peaks olema efektiivne ja tõhus mitte ainult lühiajaliselt, vaid ka pikemas perspektiivis. Tuginedes teooriale saab väita, et psüühilise erivajadusega inimestele mõeldud erihoolekandeteenused on vajalikud ning nende teenuste eesmärgiks on muuta inimesi iseseisvamaks (Vapper, 2014, lk 10). Teenuse õiget toimimist mõjutab kindlasti asjaolu, kas teenust luues on lähtutud psüühilise erivajadusega inimeste hoolekandesüsteemi alusmudelitest. (Klaassen *et al.*, 2010, lk 9)

Uuringust, mis teostati asutuses MTÜ Iseseisev Elu 2019. aastal, saab välja lugeda, et kliendid olid teenustele pääsemisega rahul (Mens Sana, 2019, lk 1–5). Ka praegusest uurimistöö respondentide vastustest tuli välja, et kliendid ja klientide eestkostjad on teenusele pääsemisega rahul. Lõputöö valimist 11 respondenti pidasid teenusele pääsemist lihtsaks, ühe vastaja arvates oli teenusele pääsemine keeruline. Huvitavaks faktiks on see, et sotsiaalteenuste kvaliteedi analüüsi põhjal on erihoolekandeteenustele pääsemiseks pikad järjekorrad ning teenustele pääsemine teooria põhjal ei ole kerge. (Vana, 2013, lk 14) Siinkohal tundub töö teooria ja respondentide vastuste vahel olevat ebakõla. Vana (2013) tehtud uuringus selgub, et teenuste kättesaadavus sõltub ka mingil määral valla juhtidest ja sotsiaaltöötaja võimekusest esitada piisavalt tõendusmaterjale kliendi teenuse vajaduse järgi. (Vana, 2013, lk 13–14) Lisaks tuleb Vana (2013) uuringust välja asjaolu, et kui psüühilise erivajadusega inimene vajab koheselt teenust, on kohalikel omavalitsustel kohustus pakkuda kliendile kohest abi ja erihoolekandeteenust. (Vana, 2013, lk 60)

Igapäevaelu toetamise teenuse peamiseks eesmärgiks on ära hoida klientide sattumist erihooldekodudesse (Klaassen *et al.*, 2010, lk 16). Ühe respondendi eestkostja tõdes, et ilma igapäevaelu toetamise teenuseta ei saaks eestkostetav hakkama ning vajaks ööpäevaringset erihooldekandeteenust. Toetatud elamise teenuse raames saab klient juhendamist ja toetamist igapäevaelu toimetulekuks. (Bugarszki *et al.*, 2016, lk 88) Respondentide seas oli mitu vastajat, kes tõid Bugarszki (2016) artiklis kirjeldatud teenuse sisu koha pealt välja faktid, mille kohaselt on nende klientide igapäevaoskused kasvanud märgatavalt. Vastanutest kolm isikut on antud teenusel ja kellelgi klientidest ei ole kaebusi teenuse sisu üle. Toetatud töötamise teenuse eesmärgiks on aidata inimestel leida ja säilitada konkurentsivõimeline töö. (Marshall *et al.*, 2014) Kaks vastanut toovad välja, et toetatud töötamise teenuse raames on nendel mõlemal töökohad, mida nad koostöös tegevusjuhendajatega säilitada suudavad.

Probleemse käitumise ennetamise ja juhendamise hea tava käsiraamatu (2011) järgi on eriti oluliseks see, et klient vajab kvaliteetse teenuse saamiseks kliendipõhist tegevusplaani, mis lähtub kliendi enda eripäradest. (Tõnisson *et al.*, 2011, lk 21) Lõputöö uuringust selgus, et selles tegevusvaldkonnas on kitsaskohad, mis tulenevad töötajate vähesusest, kaadrivoolavusest, puudulikust kvalifikatsioonist ja töötajate vähesestmotivatsioonist. Eesti Erihoolekandeteenuste kvaliteedijuhise (2018) põhjal peavad olema teenused inimesekesksed, eesmärgipärased ja vajaduspõhised. Teenuste osutajatel peab olema pädevust ning motiveeritust oma tööd korrektselt teha. (Sotsiaalkindlustusamet, 2018, lk 1)

Heaolu arengukava (2016) järgi on asutuste võimekus ja koostöövalmidus ebaühtlane. (Sotsiaalministeerium, 2016, lk 48) See tuli välja ka antud lõputööst. Üks respondentidest tõi välja, et kui teenuseid osutavad kaks erinevat asutust, puudub selgus teenuste sisulisest ülevaatest. Respondent leiab, et klient võiks saada sarnaseid teenuseid ühest asutusest, et teenust saades kvaliteet ei kannataks. Erihoolekandeteenuste kvaliteedijuhise (2018) põhjal peaks teenuste korraldus olema sujuv, kuid respondentide vastuste alusel saab järeldada, et teenused on ebaühtlased. (Sotsiaalkindlustusamet, 2018, lk 7)

Mens Sana (2019) rahulolu uuringu tulemustest tuli välja, et klientide arvates on asutuse tegevusjuhendajad inimlikud ja usaldusväärsed. Samasugusele tulemusele jõuti ka

lõputöö uuringus. Kõik respondendid pidasid koostööd asutuse tegevusjuhendajatega meeldivaks ning kliendisõbralikuks. Isegi kui respondendid olid tegevusjuhendajatega rahul, selgus antud uuringust paari lähedase poolt murekohaks nende laste psüühilisest erivajadusest tingitud valmidus mitte vastu võtta pidevalt uusi tegevusjuhendajaid. Kaks vastajat pidasid võrgustikutöö arendamist vajalikuks, et nendel kui klientide lähedastel oleks parem ülevaade kliendi arengust ja toetusvajadusest. Teenuste kvaliteedi hindamisel puudub enamasti kliendi enda kaasamine. (Bogdanov & Pertel, 2012, lk 15)

Tulemustest lähtuvalt teeb töö autor järgnevad ettepanekud:

#### 1. MTÜ Iseseisev Elu juhatusele:

- Tegevusplaanide koostamine ja järgimine peaks toimuma ainult vastavalt juhendile.
- Huvitegevusi tuleks kaasajastada ning huvitegevus peaks olema kliendipõhise lähenemisega.
- Korraldada tihedamalt võrgustikutööd klientide lähedaste ja eestkostjatega.
- Töötajate kvalifikatsiooni olemasolu eest vastutamine. Luua süsteem, mille järgi järjepidevalt töötajaskonda koolitada.
- Selgitada välja kaadri voolavuse põhjused ning tuua sisse sellekohased muutused.

#### 2. Sotsiaalkindlustusametile:

- Suunata mitut erihoolekandeteenust vajav klient võimalusel mõlemale teenusele ühte asutusse, et kliendiga tööd tegevad spetsialistid suudaksid paremini hoomata kliendiga toimuvat.

Kõik eelnevalt välja toodud ettepanekud on töö autori hinnangul ühtepidi eluliselt tähtsad ja vajavad ellu viimist selleks, et erihoolekandeteenuseid kasutavate klientide rahuolu teenustega kasvaks.

## KOKKUVÕTE

MTÜ Iseseisev Elu on asutus, mis pakub erihoolekandeteenuseid psüühilise erivajadusega klientidele. Lõputööga soovis töö autor saada teada, mis võiks põhjustada klientide rahulolu kõikumist erihoolekandeteenustega MTÜ-s Iseseisev Elu. Töös selgitati välja mitu kitsaskohta seoses erihoolekandeteenuste kvaliteedi kõikumisega. Uurimisküsimusele vastuse leidmiseks viidi läbi 12 poolstruktureeritud intervjuud, mis olid suunatud kuuele MTÜ Iseseisev Elu pikaajasele kliendile ja kuuele kliendi lähedasele või eestkostjale.

Töö autor on arvamisel, et lõputööle püstitatud eesmärk sai täidetud ning uurimisküsimused said vastused. Autor jõudis tulemustest lähtuvalt tõdemuseni, et teenuste kvaliteet antud asutuses on ebaühtlane. Teenuste ebaühtlase kvaliteedi põhjuseid on mitmeid. Tööd kirjutades selgus, et üheks suurimaks ebaühtlase kvaliteedi põhjuseks on kaadri voolavus. Kuna kõik asutuse kliendid on psüühilise erivajadusega, on nende jaoks stabiilsus ja turvatunne väga olulised. Ettepanekuks probleemile tõi töö autor välja kvalifikatsiooni olemasolu olulisuse, sest see tagab asutuse töötajaskonnale erialase ettevalmistuse. MTÜ Iseseisev Elu olemasolu ja teenuste vajalikkuse tõi intervjuueeritavad välja oma vastustes korduvalt. Respondendid, kes on MTÜ-s Iseseisev Elu teenusel tõdevad, et ei saaks tuleks ilma teenus(t)eta toime. Klientide lähedased või eestkostjad tõdeva samuti, et teenused on nende lähedaste jaoks ühel või teisel eesmärgil tähtsad. Kahe lähedase jaoks lausa nii tähtsad, et ilma teenuseta ei elaks nende eestkostetavad enam enda kodudes, vaid vajaksid ööpäevaringset erihoolekandeteenust. Samuti tuli ühe respondendi vastusest välja rahulolematuse selle kohta, et kliente suunatakse erihoolekandeteenustele mitmesse erinevasse asutusse ning seetõttu kannatab teenuse kvaliteet.

Uurimistööst selgus, et MTÜ-s Iseseisev Elu ei ole kõik töötajad piisavalt kvalifitseeritud ning sellega seoses toimub klientidele suunatud tegevusplaanide

eesmärgipäratu kasutamine. Täpsemalt on kõigile klientidele tehtud asutuses töötavate tegevusjuhendajate poolt tegevusplaanid, kuid tegevusplaanid pole vajalikud ainult sellel eesmärgil, et need saaksid lihtsalt paberile kirja. Tegevuskava peab olema juhendile vastav ning lähtuma klientidest endast. Tegevuskavast lähtuv tegevus on vajalik selleks, et teenust saava kliendi jaoks oleks üks või teine teenus kvaliteetne ning standarditele vastav.

Käesolevas töös läbi viidud kvalitatiivse uurimuse tulemustele tuginedes tegi töö autor ettepanekuid MTÜ Iseseisev Elu juhatusele ja Sotsiaalkindlustusametile klientide rahulolu tõstmiseks. Uuringu vastustest selgusid asjaolusid, et on neid kliente ja klientide lähedasi, kes on teenuse kvaliteediga rahul, kuid leidub ka neid, kes töid välja kitsaskohti, mis vajaksid parandusi. Uuringu tulemused on sarnased eelnevalt läbi viidud uuringute tulemustele. Iga läbi viidud uuringu põhjal selgub sarnaseid aspekte, miks asutuses pakutavate teenuste kvaliteet on ebaühtlane.

Töö autor leiab, et uurimismeetod sobis uuringu läbi viimiseks hästi. Seda just seetõttu, et eelnevatel kordadel, kui uuringuid läbi viidi, on olnud enamus küsimusi valikvastustega küsimused. Intervjueerides inimesi on võimalus saada sisutihedamaid ja elulisemaid vastuseid. Järgnevad uuringud võiksid sarnaselt praegusele uuringule olla kvalitatiivsed uuringud, kus intervjueerijal on võimalus küsitletavatelt vajadusel lisaküsimusi küsida. Autor soovib lõputööd lugeda inimestel, kes tunnevad huvi erihoolkande ning sellega seonduvate aspektide vastu. Lõputöö kirjutaja soovib tänada kõiki, kes antud töö jaoks oma panuse ühel või teisel viisil andsid. Eeskätt soovib töö autor tänada oma töö juhendajat Valter Parvet hea koostöö eest. Tänu soovib avaldada töö kirjutaja ka MTÜ Iseseisev Elu tegevusjuhendajatele, klientidele ning nende lähedastele või eestkostjatele.

## VIIDATUD ALLIKAD

- Anell, A., Glennard, A. H. & Merkur, S. (2012). *Sweden. Health system review*.  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330318/HiT-14-5-2012-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- Badu, E., O'Brien, A. P., & Mitchell, R. (2019). The Conceptualization of Mental Health Service Quality Assessment: Consumer Perspective. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 46, 790–806.  
<https://doi.org/10.1007/s10488-019-00955-w>
- Bakk, A., & Grunewald, K. (1999). *Vaimupuudega inimeste hoolekandest*. Kirjastus Koolibri.
- Bogdanov, H., & Pertel, T. (2012). *Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs*. Tervise Arengu Instituut.  
<http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/4863/1/Bogdanov2012.pdf>
- Bugarszki, Z., Medar, M., van Ewijk, J. P., Wilken, J. P., Narusson, D., Saia, K., Kriisk, K., Kiis, A., Susi, M., Sooniste, I., & Rahu, A. (2016). *Uuring psüühilise erivajadusega inimestele suunatud erihoolekandesüsteemi ümberkorraldamiseks ja tõhustamiseks teiste riikide praktikate alusel. Lõppraport*. Tallinna Ülikool.  
[https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Uudised\\_pressiinfo/di\\_uuringu\\_loppraport\\_08.02.2016.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Uudised_pressiinfo/di_uuringu_loppraport_08.02.2016.pdf)
- Butt, M. M. & de Run, E. C. (2010). *Private healthcare quality: applying a SERVQUAL model*.  
<https://doi.org/10.1108/09526861011071580>
- Campbell, S. (2014). What is Qualitative Research? *Clinical Laboratory Science*, 27(1), 3.  
<http://clsjournal.ascls.org/content/ascls/27/1/3.full.pdf>
- de Ligt, J., Willemsen, M. H., van Bon, B. W., Kleefstra, T., Yntema, H. G., Kroes, T., Vulto-van Silfhout, A. T., Koolen, D. A., de Vries, P., Gilissen, C., delRosario, M., Hoischen, A., Scheffer, H., de Vries, B. B., Brunner, H. G., Veltman, J. A., & Vissers, L. E. (2012). Diagnostic Exome Sequencing in Persons with Severe Intellectual Disability. *The New England Journal of Medicine*, 367(20), 1921–

1929. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1206524>
- Eesti Puuetega Inimeste Koda. (2018). *Puuetega inimeste eluolu Eestis. ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsiooni täitmise variraport*. [https://www.epikoda.ee/wp-content/uploads/2018/03/EPIK\\_variraport\\_webi.pdf](https://www.epikoda.ee/wp-content/uploads/2018/03/EPIK_variraport_webi.pdf)
- EuropeanSocial Network. (2020). *Striving for quality in social services and social care*. [http://www.esn-eu.org/sites/default/files/publications/ESN\\_Quality\\_report\\_light\\_web.pdf](http://www.esn-eu.org/sites/default/files/publications/ESN_Quality_report_light_web.pdf)
- Kaufman, L., Ayub, M., & Vincent, J. B. (2010). *The geneticbasis of non-syndromic intellectualdisability: a review*. <https://link.springer.com/article/10.1007%252Fs11689-010-9055-2>
- Keskimäki, I., Sinervo, T., & Koivisto, J. (2018). Integrating health and social services in Finland: regional and local initiatives to coordinate care. *Public Health Panorama*, 4(4), 679–687. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324871/php-4-4-679-687-eng.pdf>
- Kishore, M. T., Udipi, G. A. & Seshadri, S. P. (2019). Clinical practice guidelines for assessment and management of intellectual disability. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(2), 194–210. [10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\\_507\\_18](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_507_18)
- Klaassen, A., Tiko, A., Mäe, K., Krais, M., Salumaa, M., Kokk, P., Agan, S., Arandi, T., Tõnisson, U., & Uusküla, Ü. (2010). *Tegevusjuhendaja käsiraamat*. Tervise Arengu Instituut. [https://intra.tai.ee/images/prints/documents/130156046355\\_Tegevusjuhendaja\\_kasiraamat\\_est.pdf](https://intra.tai.ee/images/prints/documents/130156046355_Tegevusjuhendaja_kasiraamat_est.pdf)
- Kozma, A., & Petri, G. (2012). *Mapping Exclusion. Institutional and community-based services in the mental health field in Europe*. Open Society Foundations. [https://tasz.hu/files/tasz/imce/mapping\\_exclusion\\_-\\_final\\_report\\_with\\_cover.pdf](https://tasz.hu/files/tasz/imce/mapping_exclusion_-_final_report_with_cover.pdf)
- Kõre, J., Tall, K., & Koppel, M. (2006). *Toetus ja eluase*. Tartu Ülikooli Kirjastus.
- Laherand, M.-L. (2010). *Kvalitatiivne uurimisviis. Teine trükk*. ÜO Sulesepp.
- Linno, T. (2010). Puuetega täiskasvanute toimetulek ning puudega kaasnev hoolduskoormus. *Sotsiaalministeeriumi toimetised*, 7, 1–28. <https://pdfslide.net/documents/puuetega-taiskasvanute-toimetulek-ning-puudega-kaasnev-hoolduskoormus.html>

- Marshall, T., Goldberg, R. W., Braude, L., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. G., George, P., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Supported employment: Assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 665(1), 16–23. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300262>
- McNally, R. J. (2011). *What is mental illness?* The Belknap Press of Harvard University Press.
- Mens Sana. (2019). *Iseseisev Elu klientide rahulolu uuring*. MTÜ Iseseisev Elu. [http://www.iseseisev-elu.ee/wp-content/uploads/2020/11/2019\\_Klientide\\_rahulolu\\_uuring.pdf](http://www.iseseisev-elu.ee/wp-content/uploads/2020/11/2019_Klientide_rahulolu_uuring.pdf)
- Mens Sana. (2014). *Klientide rahulolu-uuring 2014*. [http://www.iseseisev-elu.ee/wp-content/uploads/2015/05/Rahulolu-uuring\\_tabelitega-2014.pdf](http://www.iseseisev-elu.ee/wp-content/uploads/2015/05/Rahulolu-uuring_tabelitega-2014.pdf)
- MTÜ Iseseisev Elu. (s.a.-a). *Ajalugu*. <http://www.iseseisev-elu.ee/iseseisev-elu/ajalugu/>
- MTÜ Iseseisev Elu. (s.a.-b). *Tere tulemast!* <http://www.iseseisev-elu.ee/>
- Leppik, M. (2014). Puudega inimeste sotsiaalhoolekanne. L. Sakkeus & M. Medar (toim). *Puudega inimeste sotsiaalne lõimumine* (lk 78–100). Statistikaamet. [https://www.stat.ee/sites/default/files/2020-07/Puudega\\_inimeste\\_sotsiaalne\\_loimumine.pdf](https://www.stat.ee/sites/default/files/2020-07/Puudega_inimeste_sotsiaalne_loimumine.pdf)
- Shenvi, C. L. (2019). Chapter 288: Mental Health Disorders of the Eldery. In J.Tintinalli, O. John Ma, D.Yealy, G.Meckler, J. Stapczynski, D. Cline & S. Thomas (Eds.), *Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide* (9<sup>th</sup>ed.) McGraw-Hill.
- Sillamaa, K. (2020). *Kokkuvõte 2020. a kohta. Haridus- ja sotsiaalasutuste valdkond*. [https://www.terviseamet.ee/sites/default/files/Keskkonnatervis/Haridus/2020\\_a\\_kokkuvote.pdf](https://www.terviseamet.ee/sites/default/files/Keskkonnatervis/Haridus/2020_a_kokkuvote.pdf)
- Sotsiaalhoolekande seadus. (2015). *Riigi Teataja I*, 30.12.2015, 5;- *Riigi Teataja I*, 22.03.2021, 14. <https://www.riigiteataja.ee/akt/121042020038?>
- Sotsiaalkindlustusamet. (2021). *Teenuse järjekorras olevad inimesed 28.02.2021 seisuga*. [https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/sites/default/files/contenteditors/Erihoolekanne/erihooletamine\\_jarjekord.pdf](https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/sites/default/files/contenteditors/Erihoolekanne/erihooletamine_jarjekord.pdf)
- Sotsiaalkindlustusamet. (2018). *Eesti erihooletamisteenuste kvaliteedijuhis*. [https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/sites/default/files/contenteditors/Sotsiaaltteenused/Kvaliteet/erihooletamisteenuste\\_kvaliteedijuhis.pdf](https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/sites/default/files/contenteditors/Sotsiaaltteenused/Kvaliteet/erihooletamisteenuste_kvaliteedijuhis.pdf)

- Sotsiaalministeerium. (2011). *Tervis, töö- ja sotsiaalelu 2000–2010*.  
<https://www.digar.ee/arhiiv/nlib-digar:250363>
- Sotsiaalministeerium. (2015). *Erihoolekandeteenused täiskasvanud psüühilise erivajadusega isikutele, 2011–2015*.  
[https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium\\_kontaktid/Statistika/Sotsiaalvaldkond/Sotsiaalhoolekanne/erihoolekandeteenused\\_2011-2015.doc](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Statistika/Sotsiaalvaldkond/Sotsiaalhoolekanne/erihoolekandeteenused_2011-2015.doc)
- Sotsiaalministeerium. (2016). *Heaolu arengukava 2016–2023*.  
[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)
- Sotsiaalministeerium. (2019). *Erihoolekandeteenused täiskasvanud psüühilise erivajadusega inimestele*.  
[https://www.tai.ee/images/1\\_2019\\_Uudiskirja\\_erihoolekandeteenused.pdf](https://www.tai.ee/images/1_2019_Uudiskirja_erihoolekandeteenused.pdf)
- Sotsiaalministeerium. (2020). *Vaimse tervise roheline raamat*.  
[https://www.sm.ee/sites/default/files/news-related-files/vaimse\\_tervise\\_roheline\\_raamat.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/news-related-files/vaimse_tervise_roheline_raamat.pdf)
- Tõnisson, U., Salumaa, M. & Klaassen, A. (2011). *Probleemse käitumise ennetamise ja juhendamise hea tava käsiraamat*. MTÜ Hoolekande Ekspertiisi- ja Nõustamiskeskus.  
[https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/sites/default/files/content-editors/Erihoolekanne/hea\\_tava\\_kasiraamat.pdf](https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/sites/default/files/content-editors/Erihoolekanne/hea_tava_kasiraamat.pdf)
- Tsuiman, K. (2019). *Lihtsamalt ja kiiremini erihoolekandeteenusele*. Sotsiaaltöö, 2, 16–20. [https://www.tai.ee/images/Sotsiaaltoo\\_nr2\\_2019\\_16kuni20.pdf](https://www.tai.ee/images/Sotsiaaltoo_nr2_2019_16kuni20.pdf)
- Vana, T. (2013). *Analüüsi lõpparuanne. Sotsiaalteenuste kvaliteedi analüüs ja ettepanekud tervikliku kvaliteedisüsteemi tagamise juurutamiseks*. Sotsiaalministeerium. [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium\\_kontaktid/Uuringu\\_ja\\_analuusid/Sotsiaalvaldkond/sotsiaalteenuste\\_kvaliteet\\_uuringu\\_lõpparuanne.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Sotsiaalvaldkond/sotsiaalteenuste_kvaliteet_uuringu_lõpparuanne.pdf)
- Vapper, B. (2014). Erihoolekande arengukava 2014 – 2020. *Sotsiaaltöö*, 4, 10–11.
- Õunapuu, L. (2014). *Kvalitatiivne ja kvantitatiivne uurimisviis sotsiaalteadustes*. Tartu Ülikool. [https://dspace.ut.ee/bitstream/handle/10062/36419/ounapuu\\_kvalitatiivne.pdf?sequence=1](https://dspace.ut.ee/bitstream/handle/10062/36419/ounapuu_kvalitatiivne.pdf?sequence=1)

## **Lisa 1. Intervjuu küsimused MTÜ Iseseisev Elu klientidele**

### **I Teenusele pääsemine ning sellega seonduvad aspektid**

1. Kui vana sa oled ja kas sa oled kursis oma diagnoosiga?
2. Millal tulid siia asutusse teenusele ning missugust teenust sulle siin pakutakse?
3. Kui raske oli teenusele pääseda? Mida pidid selleks tegema? Kui pikad olid teenusele pääsemise järjekorrad?
4. Missugusel määral on saanud sinu elukoht ja puude raskusaste määravaks teenusele pääsemisel või teenuse saamisel?

### **II Teenuste olemus- ja kvaliteet, tulemuslikkus ja asutuse personal**

5. Kas teenusele tulles selgitati sulle ära kõik sinu õigused ja kohustused, mida omad/pead teenusel olles täitma?
6. Kui kaua oled teenust saanud ning kui pikka aega Sa loodad veel teenust edasi saada?
7. Mis Sulle teenuse saamise juures enim meeldib või ei meeldi? On sulle teenuse sisu ettekujutus vastanud reaalsusele?
8. Mis Sulle meeldib/ei meeldi asutuse töötajaskonna juures kõige rohkem? Kuidas on töötajad sinusse suhtunud?

### **III Rahulolu teenustega ja puudujäägid teenuste osutamisel**

9. Kui saad mitut teenust korraga, siis millisest teenusest on sulle kõige rohkem abi olnud? / Kui oled ühel teenusel, siis missuguses eluvaldkonnas oled tänu teenusele enim edasi arenenud?
10. Missugused puudujäägid on teenusel/teenustel, mida siin ühingus pakutakse? Too välja puudujäägid.
11. Mida asutus saaks veel teha, et siin kõigil parem olla oleks?

## **Lisa 2. Intervjuu küsimused MTÜ Iseseisev Elu klientide lähedastele**

### **I Teenusele pääsemine ning sellega seonduvad aspektid**

1. Kes sa oled teenust saavale kliendile?
2. Kuidas said olla abiks/toeks, kui ... soovis minna MTÜ Iseseisev Elu teenusele? Oli teenusele saamine väga keeruline protsess? Kui pikad olid teenusele pääsemise järjekorrad?
3. Kui palju sai määravaks ..... elukoht või puude raskusaste, et tal oleks võimalik pääseda teenusele?

### **II Teenuste olemus- ja kvaliteet, tulemuslikkus ja asutuse personal**

4. Millist teenust saab .... ? Kui kaua on .... MTÜ-s teenusel olnud?
5. Mis on selle teenuse sisu sinu silmis?
6. Kuidas on teenus muutnud ..... elu Sinu pilgu läbi?
7. Missugusel määral aitab teenus kaasa .... elule? Oleks ... võimalik hakkama saada ilma selle teenuseta?
8. Missugune on Teie silmis asutuse personal?
9. Kui tihti teete omavahel koostööd? Oled Sa teadlik kõigist .... murekohtadest, mis on ... isikliku tegevusjuhendajal ....-ga tekkinud?

### **III Rahulolu teenustega ja puudujäägid teenuste osutamisel**

10. Kui .... saab mitut teenust korraga, siis missugusest teenusest on kõige enim abi ja millisel määral?
11. Missugust arengut oled märganud ....-l teenusel oldud aja jooksul?
12. Kuidas annaks teenuseid paremaks teha? Millised on suurimad puudujäägid teenuste saamisel?

## **SUMMARY**

### CLIENT SATISFACTION WITH SPECIAL CARE SERVICES AT NPO ISESEISEV ELU

Katrina Mets

High-quality specialist care is needed to help and support people with mental health disorders, to make their daily lives as good as possible through different services. The Estonian social service system is facing many challenges in providing aid to the people in need of help. The main weaknesses of the welfare system are coherent and consistent development of services, staff shortages and their minimal training and uneven distribution of funds by state and local authorities. An assessment of social service providers is required to show the places of concern more precisely.

The aim of the thesis is to identify the factors influencing the satisfaction of clients with the services in the case of NPO Iseseisev Elu. The thesis sets three research objectives. Firstly, to study the literature and to draw up an overview of special care services in Estonia and elsewhere in the world, welfare services for people with special needs and their satisfaction with said services. Secondly, to design and conduct a satisfaction survey among the clients and the relatives of the clients of NPO Iseseisev Elu and thirdly, analyse the results and identify areas in need of improvement. The clients of NPO Iseseisev Elu and their relatives have been interviewed to find out whether any discrepancies emerge from respondents' answers and which things are being looked at through a different lens. Conducting a satisfaction survey is necessary so that both the institution's management and the Social Security Board can improve the quality of special care services.

There are two main parts to this thesis. The first one outlines the nature of special care and the services it provides, special care in Estonia and Northern Europe, mental health disorders, descriptions and the quality of social services in special care and satisfaction

with special care services. The second chapter contains a description of NPO Iseseisev Elu, a description of the research methodology and sample, analysis of research findings and conclusions and proposals. The work ends with a summary, a list of references and the two questionnaires used for the interviews.

A qualitative research method has been used to carry out the study. 12 interviews have been carried out with an intended sample. The sample consisted of six clients and six relatives or guardians of the clients of NPO Iseseisev Elu. Semi-structured questions have been used as the data collection method. The questionnaires are based on the satisfaction surveys conducted by NPO Iseseisev Elu in 2014 and 2019, which follows the quality guidelines for the care system for people with mental health disorders issued by the Social Insurance Board in 2018. Content analysis has been used as a data analysis method to relate the results to the theory discussed in the thesis and propose practical changes in this area.

The research objective, which sought to identify the determinants of quality service in the NPO Iseseisev Elu, was achieved. This research shows that several factors contribute to the uneven quality of services. One of the biggest causes of unevenness in quality is staff turnover and shortcomings in the skills and motivation of the staff. It was also found that the action plans do not always correspond to the manual or to the needs of the customers so activities with clients remain sometimes superficial. Moreover, recreational activities are not always modern or client-centred. The survey results also showed that networking between clients' relatives or their guardians and the staff of the institution is not sufficient. A deviation between the theoretical expectation and the study was the speed at which the clients gained access to the service. According to the theory, it follows that the long waiting lists can be inhibitory for the clients' needs. Conversely, the survey found that the service was rather accessible and easy to reach for them.

Proposals were made to the board of NPO Iseseisev Elu and the Social Insurance Board to improve the shortcomings evident from the survey. There are five proposals to the board of the NPO Iseseisev Elu. The first suggestion, in line with the shortcomings pointed out, was that the action plans should only be drawn up and followed in accordance with the guidelines. The second proposal was the modernisation of

recreational activities and a more client-centred approach to recreational activities. The third suggestion was to organise more networking with clients' relatives or guardians. The next recommendation was to take responsibility for the qualifications of staff and to set up a system to train staff on an ongoing basis. The final suggestion was to identify the causes of staff turnover and implement changes to address this. There was one proposal to the Social Security Board. To this end, it was advised that a client who needs more than one special care service should be referred to the same institution for both services, if possible so that the professionals working with the client can better understand what is happening with the client.

The research method was well suited for the study, as it was possible to obtain relevant and informative answers through interviews. COVID-19 became a slight hindrance to the work, as it meant that the interviewees did not want to meet, and the interviews had to be conducted by e-mail or telephone.

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

Mina, Katrina Mets,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose „Klientide rahulolu erihoolekandeteenustega MTÜ Iseseisev Elu näitel“, mille juhendaja on Valter Parve, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

*Katrina Mets*

*19.05.2021*