

TARTU ÜLIKOOL
Pärnu kolledž
Sotsiaaltöö korralduse osakond

Ürge-Maarit Mäetamm

**PSÜÜHIKAHÄIRETEGA INIMESTE
TAASTUMISE TOETAMINE HAABERSTI
KLUBIMAJA NÄITEL**

Lõputöö

Juhendaja: Ewe Alliksoo, MA

Pärnu 2024

Soovitan suunata kaitsmisele

(allkirjastatud digitaalselt)

Ewe Alliksoo

Kaitsmisele lubatud

TÜ Pärnu kolledži programmijuht

(allkirjastatud digitaalselt)

Monika Kumm

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

(allkirjastatud digitaalselt)

Ürge-Maarit Mäetamm

SISUKORD

Sissejuhatus	4
1. Teoreetiline ülevaade psüühikahäiretest ja psüühilise erivajadusega inimeste toetamise võimalustest	6
1.1. Psüühikahäirete levimus ja kaasnevad probleemid	6
1.2. Klubimajade süsteem maailmas	9
1.3. Psüühilise erivajadusega inimestele mõeldud teenused Eestis	11
2. Uuring psüühikahäiretega inimeste taastumise toetamisest Haabersti klubimajas	15
2.1. Ülevaade Haabersti klubimajast ja osutatavatest teenustest	15
2.2. Uurimismetoodika, valimi kirjeldus ja uuringu läbiviimine	17
2.3. Uurimistulemused	20
2.3.1. Vaimne tervis ja selle mõju igapäevaelule.....	20
2.3.2. Taastumine Haabersti klubimajas	22
2.3.3. Teenused Haabersti klubimajas.....	24
2.4. Arutelu, järeldused ja ettepanekud	26
Kokkuvõte	31
Viidatud allikad	33
Lisad	39
Lisa 1. Teooriast tulenevad intervjuu küsimused.....	40
Lisa 2. Intervjuukava eksperdile	41
Summary	42

SISSEJUHATUS

Vaimse tervise häired on muutunud terves maailmas järjest aktuaalsemaks ja neid diagnoositakse igal aastal aina enam. Ometi jääb palju inimesi vajaliku abita. Näiteks tõdetakse Maailma Terviseorganisatsiooni poolt koostatud väljaandes (World Health Organization, 2021a, lk 4), et ametlikult saab vaid 29% psühhoosiga inimestest ja umbes 40% depressiooniga inimestest tarvilikku vaimse tervise ravi. Noortel on peamised haiguste põhjused depressioon, ärevus ja käitumishäired.

Eestis pidevalt suurenev psüühikahäirete esinemine ja diagnoosimine toob kaasa ka suurema vajaduse taastumise toetamiseks. Kui 2021. aastal registreeriti Eestis uusi ambulatoorseid psühhiaatrilisi haigusjuhtumeid kokku 24 307, siis 2022. aastal juba tunduvalt rohkem – 28 866 (Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas, 2023). 2020. aastal registreeriti Eesti meditsiinisüsteemis ühe isiku kohta 1,44 enesetapukatse ravijuhtu, mis kinnitab ühe isiku korduvaid suitsiidikatsesid, ning see sagedus on aja jooksul tõusnud. Täisealiste suitsiidikatses teinud inimeste hulgas on psüühika- ja käitumishäiretega inimeste osakaal lausa 74%. (Värnik *et al.*, 2021, lk 24). Ester jt (2023, lk 60) läbi viidud uuringus tuuakse välja, et vaatamata enesetappude arvu vähenemisele Eestis (aastas sooritatakse umbes 200 suitsiidi) on surmast või suitsiidist mõelnud peaaegu iga kümnes täisealine inimene. Peamiste põhjustena toodi muu hulgas välja puudulik kogukondlik tugi ning probleemid abi saamisel. Lisaks tõdeti, et vaimse tervise teematikat on teaduses üldse vähe käsitletud ja perearstidel pole siiani häid juhiseid, mida teha vaimse tervise probleemidega inimestega.

Vaimse tervise probleemid võivad olla lühiajalised või kesta läbi terve elu. Nõrga vaimse tervisega inimestel võib ilmnedä mitmeid kaasnevaid probleeme, nt neil on halvemad õppimis- ja töövõimalused, ollakse vähem produktiivsed ja suureneb tõenäosus töötuks jääda. Paljud kogevad üksindust või sotsiaalset isolatsiooni. Vaimsetele häiretele võivad

lisanduda füüsilise tervise probleemid, riskikäitumine jm. (OECD/European Union, 2018, lk 20)

Vaimse tervise tegevuskavas 2023–2026 on ühe probleemkohana esile toodud varajase abi, sealhulgas häire süvenemist takistava abi vähest kättesaadavust, samuti esmatasandi nõrka seost vaimse tervise tugiteenustega. Märgitakse, et inimeste liikumine eriteenuste ja erinevate teenusepakkujate vahel on keeruline ning „puuduvad kvaliteedistandardid nii ravitulemuste hindamisel kui ka info jagamisel spetsialistide vahel“.

(Sotsiaalministeerium, 2022, lk 35)

Seega on vaimse tervise valdkonnas mitmeid probleemkohti, mille uurimine aitaks välja selgitada nende tekkimise põhjused ja leida lahendused. Tuginedes eelnevale on probleemiks kasvav psüühikahäiretega inimeste osakaal rahvastikus ja raskendatud teenuste kättesaadavus.

Lõputöö eesmärgiks on välja selgitada psüühikahäiretega inimeste taastumise ning sotsialiseerumise võimalused Haabersti klubimaja näitel ja vastavalt uuringu tulemustele teha ettepanekuid Haabersti klubimaja juhatajale teenuste paremaks muutmisel.

Uurimisküsimused:

- Kuidas hindavad Haabersti klubimaja liikmed oma vaimset tervist, igapäevast toimetulekut ja varem saadud teenuseid?
- Millised tegevused toetavad psüühikahäiretega inimeste taastumist Haabersti klubimajas?

Töö koosneb kahest osast. Esimeses osas esitatakse teoreetiline ülevaade psüühikahäiretest, psüühikahäirete levikust ja kaasnevatest probleemidest. Lühidalt tuuakse välja psüühilise erivajadusega inimeste toetamise võimalused ja vastavad riiklikud teenused Eestis. Lühülevaade antakse CARE metoodikast, mis on erihoolekandeteenuseid toetav taastumisele orienteeritud metoodika.

Töö teises osas keskendutakse uuringule psüühikahäiretega inimeste taastumise toetamisel Haabersti klubimajas. Antakse ülevaade Haabersti klubimajast ja klubimajas osutatavatest teenustest. Kirjeldatakse uuringu läbiviimist ja vastavalt uuringu tulemustele esitatakse järeldused ning ettepanekud.

1. TEOREETILINE ÜLEVAADE PSÜÜHIKAHÄIRETEST JA PSÜÜHILISE ERIVAJADUSEGA INIMESTE TOETAMISE VÕIMALUSTEST

1.1. Psüühikahäirete levimus ja kaasnevad probleemid

Peatükis antakse ülevaade psüühikahäirete levimusest maailmas ning teistest vaimse tervise probleemidega seotud teemadest.

Vaimset tervist on defineeritud mitmeti. Manwell jt (2015, lk 3) viisid läbi uuringu, kus palusid inimestel võrrelda omavahel nelja erinevat definitsiooni vaimse tervise kohta. Kõige rohkem hääli sai Kanada rahvatervise agentuuri sõnastus 2006. aastast:

Vaimne tervis on võime tunda, mõelda ja tegutseda viisil, mis suurendab meie võimet elu nautida ja tulla toime meie ees seisvate väljakutsetega. See on positiivne emotsionaalne ja vaimse heaolu tunne, mis austab kultuuri, võrdsust, sotsiaalset õiglust, omavahelisi suhteid ja isiklikku väärikust. (Public Health Agency of Canada, 2006, lk 2).

Galderisi jt (2015, lk 231) lisavad definitsiooni veel ühe aspekti: „vaimne tervis on sisemise tasakaalu dünaamiline seisund, mis võimaldab inimestel kasutada oma võimeid kooskõlas ühiskonna universaalsete väärtustega.“

Vaimse tervise häired on terves maailmas levinud väga laialt. 2022. aastal koostatud maailma vaimse tervise raporti järgi on igal kaheksandal inimesel psüühikahäire (World Health Organization, 2022, lk xv). Kõige enam on levinud ärevushäired ja depressioon, kuid majanduslikus mõttes on ühiskonnale kõige kulukam skisofreenia. Euroopa Liidus oli (OECD, 2018, lk 19) 2018. aastal kuuest inimesest ühel mingi vaimse tervise probleem ning kõige rohkem esines ärevushäireid. Vaimse tervise probleemid võivad elu jooksul

tabada ükskõik keda. Nendega võivad kaasneda raskused koolis ja tööl hakkama saamisega, suurenenud füüsilise tervise mured, tekib suurem oht jääda töötuks.

Rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni, RHK-10/V järgi kuuluvad psüühika- ja käitumishäirete alla nt skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired, meeleoluhäired, neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed häired, täiskasvanu isiksus- ja käitumishäired, aga ka vaimne alaareng, psühholoogilise arengu häired e psüühilise arengu spetsiifilised häired jm (Maailma Terviseorganisatsioon, 1992).

Vaimse tervise häired võivad märkimisväärselt takistada inimeste igapäevast toimetulekut. Näiteks depressioon, ärevushäired ja skisofreenia on mitmetes riikides peamised puude ja liiga varase surma põhjused, kusjuures kõikjal maailmas on peamise puude põhjusena mainitud depressiooni (World Health Organization, 2021b, lk 3). Vastavalt Chesney jt (2014, lk 157) uuringule on tõsiste vaimse tervise häiretega inimestel suurem suitsiidirisk ning nende eluiga on keskmiselt 7–24 aastat lühem kui üldpopulatsioonil. Noorte hulgas on enesetapud surma põhjusena teisel kohal (World Health Organization, 2021b, lk 2). Psüühikahäiretega inimestel on lühem eluiga ja suurem suremusrisk. Sageli on enneaegsed surmad seotud tähelepanuta jäänud füüsiliste haigustega või nt ravimite kõrvaltoimena tekkinud rasvumise, glükoosi talumatuse, südame-veresoonkonnahaiguste või muude füüsilise tervise probleemidega (Correll *et al.*, 2015, lk 119–120). Paljud vaimse tervise probleemidega inimesed on vastuvõtlikumad tervist kahjustavatele eluviisidele, nagu näiteks suitsetamine, alkoholi tarvitamine, ebatervislik toitumine ja vähene füüsiline aktiivsus (World Health Organization, 2022, lk 45).

Uuringutega (Zhu *et al.*, 2024, lk 186) on tõestatud tihedat vastastikust seost sotsiaalse isolatsiooni ja depressiooni vahel. Üks võib soodustada teise tekkimist või süvenemist ja vastupidi. Seitsmeteistkümmes Euroopa riigis vanemaeliste hulgas läbi viidud uuringus (Guthmuller, 2022, lk 12) leiti, et üksikuna tunnevad ennast muu hulgas inimesed, kellel on väiksem sissetulek, kehvem haridus, samaaegselt mitu haigust või depressiooni sümptomid. Sotsiaalse eraldatuse, üksinduse ja depressiooni sümptomite seost kinnitab ka näiteks Ge jt (2017, lk 10) uuring. Üksindusega kaasneb sageli sotsiaalne isolatsioon ja üldine elukvaliteedi langus. Callanderi ja Schofieldi (2015, lk 1555) uurimuses kinnitatakse, et psühholoogiline stress tekitab sissetulekuvaesust ja vastupidi, vaesus

põhjustab suuremat stressi. Võib tekkida tsükel, kust on raske välja tulla. Vaesus omakorda suurendab veelgi stressi ning langetab elukvaliteeti.

Psüühikahäiretega inimeste elukvaliteeti mõjutavad nii ühiskondlikud kui ka isiklikud stigmad ning diskrimineerimine. Stigmatiseerimisel on oma mõju abieludele, hariduse omandamisele, suhetele töökohal ja kogukonnas ning abi saamisele tervishoiusüsteemis. Samuti mõjutavad stigmad psüühikahäiretega inimeste lähedasi. (Thornicroft *et al.*, 2022, lk 1439). Stigmatiseerimist on mainitud ka Eesti Vaimse tervise rohelises raamatus (Sotsiaalministeerium, 2020, lk 22), kus väidetakse, et vaimse tervise häiretega inimestel võib abi otsimine või mitte otsimine olla seotud lisaks abi kättesaadavusele ka häbimärgistamisega. Mõne vaimse tervise probleemi ilmnemisel ei sooviks 62% Eesti elanikest, et teised seda teaksid ja 35% elanikest arvab, et psüühikahäired tekivad inimese enesedistsipliini ja tahtejõu puudumise tõttu. (Sotsiaalministeerium, 2016, lk 7) Paljude psüühikahäiretega inimeste töötust võib seostada sotsiaalse stigmaga. Brouwers (2020, lk 1) toob välja neli peamist valdkonda, mis raskendavad vaimse tervise probleemidega inimestel tööd leida ja seal püsida. Nendeks on tööandjate negatiivne hoiak, vaimse tervise probleemide avalikustamine, enesestigmatiseerimine „miks üldse proovida“ efekt ja stigma tõttu ei otsita õigel ajal arstiabi. Stigmad ja diskrimineerimine tekitavad taas stressi, ärevust, alaväärsustunnet, võõrandumist jm. Davy jt (2024, lk 6) jõudsid järeldusele, et stigmade kogemine võib olla isegi hullem kui haiguse enda sümptomid. Siin peetakse silmas nii kogetavat häbi, isolatsiooni, eelarvamusi kui ka valeinformatsiooni, mis takistab psüühikahäiretega inimeste mõistmist ja hakkamasaamist ühiskonnas. Lõuna-Korea näitel võivad ka kultuurilised stigmad olla takistusteks vaimse tervise teenuste kasutamisel, eriti vanemaealistel pärast enesetapukatset (Kim *et al.*, 2024, lk 314). Brehmer jt (2024, lk 79) lisavad siia veel enesehääbistamise, mis võib olla seotud vaimse tervise probleemidega ning mõjutada üldist tervist ja kogukonda integreerumist.

Kokkuvõtteks võib öelda, et psüühikahäirega võivad kaasneda muu hulgas sotsiaalsed suhtlusprobleemid, madal enesehinnang, töö- ja õppimisega seotud raskused, füüsilised tervisemured, riskikäitumine, suhte probleemid jm.

1.2. Klubimajade süsteem maailmas

Ühe võimalusena vaimse tervise muredega inimeste toetamisel on maailmas loodud klubimajade süsteem. Post (2014, lk 46) toob oma uuringus välja probleemi, et vaimse tervise teemade vastu ei tunta huvi enne, kui inimesed ise nendega vahetult kokku puutuvad. Samuti ei teata tavaliselt midagi klubimajadest.

Klubimajad said alguse 1948. aastal, kui New Yorgis kohtusid endised psühhiaatriaigla patsiendid, kellel polnud sõpru, tööd ega lähedasi pereliikmeid. Nad otsustasid luua koht, mis kuuluks neile endile, kus nad ei peaks tundma ennast patsientidena, vaid vajalike ja aktsepteerituna lihtsalt nii nagu nad olid. Nad soovisid olla klubi liikmed, kus osalemine oleks vabatahtlik ja eluaegne, ning kus nad saaksid olla nagu tavalised inimesed. (Propst, 1992a, lk 3–4) Klubimaja on psühhiaatrilise rehabilitatsiooni taastumiskeskne mudel, kus toetatakse kroonilise ja raske psüühikahäirega inimesi (Raeburn *et al.*, 2014, lk 393). Need on psüühikahäiretega inimestele mõeldud kogukonnad, kus liikmelisus on vabatahtlik ning kus keskendutakse inimeste haiguse asemel nende tugevustele ja võimetele (Callahan, 2023, lk 8). Siin väärtustatakse liikmeid pigem kui kolleege ja võrdväärseid partnereid, mitte tavapäraselt kui kliente või patsiente (Raeburn *et al.*, 2014, lk 394). Oma uurimuses leidsid Hultqvist jt (2018, lk 1424), et võrreldes teiste abimeetmetega oli osalemine klubimajades seotud kõrgema elukvaliteediga pikema aja jooksul ja neil, kes käisid klubimajades, oli tõenäosus uuesti haiglasse sattuda väike (McKay *et al.*, 2018, lk 37).

Klubimajade olulisus tuleb eraldi peatükina esile 2022. a. maailma vaimse tervise raportis (World Health Organization, 2022, lk 234), milles tõdetakse, et ajalooliselt juba rohkem kui 65 aastat tegutsenud klubimajades saavad inimesed kogukonna kaudu tuge nii enesekindluse tõstmisel, töö leidmisel, haiglaravi vähendamisel kui ka elukvaliteedi parandamisel (World Health Organization, 2022, lk 234). Noortele võidakse siin pakkuda programme, mis keskenduvad iseseisvuse toetamisele, hariduse omandamisele, töö- või elukoha leidmisele. Vanematele inimestele mõeldud tegevused võivad olla rõhuga nt sotsiaalse eraldatuse vähendamisele, suhete loomisele ja hoidmisele või uuema tehnikaga hakkamasaamisele. (World Health Organization, 2022, lk 233).

Klubimajade kogukonna kasvades tekkis vajadus ühiste põhimõtete fikseerimise järele, mistõttu otsustati 1989. aastal kvaliteedi ja tegevuste ühtlustamise tagamiseks luua ühtsed rahvusvahelised klubimajade standardid (Propst, 1992b, lk 25). Klubimajade üks tähtsamaid kontseptsioone on nn tööle orienteeritud päevad, mis aitavad liikmetel saada praktilisi kogemusi, kogeda autonoomiat ja häid suhteid ning toetavad heaolu ja taastumist läbi isikliku kasvu (Tanaka & Davidson, 2015, lk 269). Uurimuses klubimajade tööle orienteeritud päevadest ja külg-külje kõrval töötamisest (Kinn *et al.*, 2018, lk 65) toodi välja, et liikmed väärtustasid eelkõige häid suhteid ja töötajatega võrdsel alusel tegutsemist kolleegidena, samuti kaasamist ja innustamist oma eesmärkide poole liikumisel. Paljud vaimse tervise probleemidega inimesi peavad väga oluliseks, et nende arvamusi kuulatakse ja aktsepteeritakse (Koppel, 2023, lk 47). Koppel (2023, lk 56) toob eraldi välja ka inimeste ootused neid abistavate töötajate suhtes: oodatakse inimlikkust, mõistmist ja personaalset lähenemist. Valkeapää jt (2019, lk 20) lisavad avatuse ja koostöö olulisuse.

Teiste tegevuste kõrval toetatakse klubimajades psüühikahäiretega inimesi taas tööle minema nn üleminekutöö kaudu, kus soovijad saavad kindlate koostööpartnerite juures kokkulepitud tingimustel osalise ajaga käia tööl kokku kuus kuni üheksa kuud (McKay *et al.*, 2018, lk 29). Üleminekutöö võib aidata inimestel naasta tööturule, mis parandab osaleja enesehinnangut, sotsiaalset integratsiooni ja üldist heaolu (Niska *et al.*, 2023, lk 2). Tööga hõivatuse olulisust on oma uuringus rõhutanud nt Drake ja Wallach (2020, lk 1), sest lisaks otsesele rahalisele sissetulekule tagab töö muu hulgas inimestele suurema enesekindluse, aitab luua sotsiaalseid suhteid ning oma tervist paremini kontrolli all hoida.

Taastumise mõistet on käsitletud mitmeti, kuid Slade jt (2017, lk 24–25) eristavad kahte arusaama taastumisest. Esimene on kliiniline, ehk taastumine psüühikahäirest, teine on isiklik, ehk taastumine koos psüühikahäirega. Kliinilist taastumist hindab kliiniline ekspert ja see on objektiivne ning kõigi inimeste puhul ühesugunesugune, personaalset taastumist hindab inimene ise ja see on subjektiivne. Slade jt (2014, lk 12) kirjeldavad taastumist kui väga erilist personaalset protsessi, kus toimuvad muutused suhtumistes, väärtustes, eesmärkides, oskustes ja/või rollides ning kui viisi elada rahuldustpakkuvat, täisväärtuslikku elu, hoolimata haigusest tulenevatest piirangutest.

Maailma erinevates klubimajades on taastumise toetamisel tuginetud erinevatele teooriatele, sh enesemääramise teooriale (ingl *self-determination theory*) (Raeburn *et. al.*, 2015, lk 149), kuid Eestis keskendutakse peamiselt CARE metoodikale.

Klubimajad on maailmas edukalt toimunud ja tõestanud oma efektiivsust juba pikkade aastakümnete vältel. Ometi on empiirilisi uuringuid tehtud suhteliselt vähe ja psüühikahäiretega inimeste taastumise toimemehhanismid klubimajades on kohati veel ebaselged.

1.3. Psüühilise erivajadusega inimestele mõeldud teenused Eestis

Käesolevas alapeatükis antakse ülevaade psüühilise erivajadusega inimestele mõeldud teenustest Eestis ning CARE metoodikast, mis on erihoolekandeteenuseid toetav metoodika.

Eestis on sotsiaalkindlustushüvitistega erinevate riskide puhul kindlustatud sotsiaalne kaitse kõigile inimestele kogu elu jooksul, kuid Eestit eristab mitmetest riikidest asjaolu, et rahalised hüvitised domineerivad teenuste üle ning sotsiaalkindlustust rahastatakse peamiselt sotsiaalmaksust. Sotsiaalkaitseüsteemi arendamisel on peetud oluliseks meetmeid, mis toetaksid inimeste aktiivset osalemist tööturul. Puudega inimeste puhul on kaalutud, kas paremaid tulemusi oleks võimalik saavutada hüvitiste maksmise või teenuste pakkumise kaudu. (Sotsiaalministeerium, 2019, lk 5–6)

Võrreldes omavahel Tervisestatistika ja tervise uuringute andmebaasi (2023) ning Sotsiaalkindlustusameti andmeid, siis arvud küll veidi varieeruvad, kuid üldiselt on psüühikahäiretega inimeste suurusjärk siiski sama. Vastavalt Sotsiaalkindlustusameti (2023) statistikale oli Eestis 2023. aastal 116 391 puudega inimest, neist 23 494 psüühikahäirega. Statistikaameti (*s. a.*) andmetel oli 2023. aastal Eestis puudega inimesi kokku 123 916, mis on statistiliselt veidi vähem kui eelmistel aastatel.

Eesti vaimse tervise tulevikunägemus on esitatud põhiliselt kolmes järgnevas dokumendis: riiklikus pikaajalises arengustrateegias „Eesti 2035“, rahvastiku tervise arengukavas aastateks 2020–2030 ning „Vaimse tervise rohelises raamatus“

(Sotsiaalministeerium, 2022, lk 4). Erivajadusega inimestele mõeldud riiklikud sotsiaalteenused on paika pandud Sotsiaalhoolekande seaduses (2015), psüühilise erivajadusega inimeste võimalikult iseseisvat toimetulekut toetatakse peamiselt erihoolekandeteenuste kaudu. Teenused on mõeldud täisealistele kodus elavatele psüühikahäirega inimestele, kes vajavad toetust ja abi igapäevaelu tegevustes (Sotsiaalhoolekande seadus, 2015). Riiklikult, Sotsiaalkindlustusameti kaudu, on korraldatud nii erihoolekandeteenuste osutamine, abivahendite jagamine erivajadusega inimestele kui ka sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuste pakkumine, puude raskusastme määramine ja sotsiaaltoetuste maksmine (Sotsiaalministeerium, 2024, lk 4). Lisaks on kõigile inimestele tagatud tervishoiusüsteemi tugi. Töötukassa kaudu saab taotleda tööalase rehabilitatsiooni teenuseid, kohalikes omavalitsustes teisi abivajajatele mõeldud teenuseid ja toetusi. Vähemalt 16-aastastele psüühikahäirega inimestele on pakutud toetavaid teenuseid kohalikes omavalitsustes, kus on katsetatud isikukeskse erihoolekande teenusmudelit. Alates 2026. aastast on plaanis isikukeskse ja komponendipõhise erihoolekande- ja sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse mudelit (ISTE) rakendada üle terve Eesti (Sotsiaalministeerium, 2024, lk 9).

Nn toetavate erihoolekandeteenuste hulka kuuluvad igapäevaelu toetamise teenus, töötamise toetamise teenus, toetatud elamise teenus ja kogukonnas elamise teenus. Ööpäevaringsed erihooldusteenused on ööpäevaringne erihooldusteenus ja ööpäevaringne erihooldusteenus kohtumääruse alusel (Sotsiaalhoolekande seadus, 2015). Järgnevalt on välja toodud toetavate erihoolekandeteenuste ja ööpäevaringsete erihooldusteenuste eesmärgid:

Igapäevaelu toetamise teenuse eesmärk on isiku parim võimalik iseseisev toimetulek ja areng psühhosotsiaalse toimetuleku toetamise, igapäevaelu toimetulekuoskuste ja tööoskuste kujundamise ning isiku lähedaste ja isikuga koos elavate isikute nõustamise kaudu (§ 87). Töötamise toetamise teenuse eesmärk on juhendada ja nõustada isikut, et toetada tema iseseisvat toimetulekut ning parandada elukvaliteeti tema võimetele sobiva töö otsimise ja töötamise ajal (§ 91). Toetatud elamise teenus on isiku sotsiaalse toimetuleku ja integratsiooni toetamine koos juhendamisega majapidamise ja igapäevaelu korraldamises, et tagada isiku võimalikult iseseisev toimetulek iseseisvalt elades (§ 94). Ööpäevaringne erihooldusteenus on täisealise isiku ööpäevaringne

hooldamine ja arendamine koos majutuse ja toitlustamisega, et tagada teenust saava täisealise isiku iseseisva toimetuleku säilimine ja suurenemine ning turvaline elukeskkond teenuseosutaja territooriumil (§ 100).

Erihoolekandeteenuseid osutavaid asutusi oli 2020. aastal 201 ning nende hulk on kasvanud nt 2016. aasta võrdluses 56 võrra. Aasta-aastalt on suurenenud toetavate teenuskohtade arv ja vähenenud ööpäevaringsete teenuskohtade arv. (Sotsiaalministeeriumi analüüsi- ja statistika osakond, 2021) 2021. aasta lõpus oli üle Eesti täidetud 7326 teenuskohta, millest 70% olid toetavad teenused ja ülejäänud 30% ööpäevaringsed erihoolekandeteenused (Kalberg, 2022, lk 33). Siin on oma koht ilmselt ka deinstitutionaliseerimisel. Tsuiman (2016, lk 22) peab samuti oluliseks kogukonnapõhiseid teenuseid, mille osutamiseks on vaja, et kogukonnad oleksid valmis tunnustama psüühilise erivajadusega kodanikke võrdväärsete kogukonnaliikmetena. Kogukonnas olemasolevad ressursid, olgu need siis teenused, toetused või sõbralikud naabrid, võivad kaasa aidata vaimse tervise probleemidega inimeste mitmekülgsel taastumisele.

Üheks erihoolekandeteenuseid toetavaks praktikaks võib pidada kõikehõlmava rehabilitatsioonikäsitluse e CARE metoodikat (ingl *Comprehensive Approach of Rehabilitation*). Metoodika töötasid Hollandis välja Dirk den Hollander ja Jean Pierre Wilken, et toetada psüühiliselt ja sotsiaalselt haavatavate inimeste elusihide seadmist ja nende elukvaliteeti. Esimene käsiraamat ilmus 1994. aastal, kuid metoodikat on järjest edasi arendatud ja mudeli autorid on ise hakanud CARE lühendit kasutama taastumise tervikkäsitluse mõistes (ingl *comprehensive approach to recovery*). CARE metoodikat rakendatakse enam kui 20 riigis, sh Hollandis, Ühendkuningriigis jm. Eestis hakati metoodikat kasutama 2001. aastal. (Tsuiman, 2024, lk 56–57)

Metoodika aluseks on taastumine, kohalolu ja võimestamine, kus erinevad võimestamise teooriad toetavad tugevustele suunatud tööd. (Hollander & Wilken, 2017, lk 17). Iga inimene võib oma elu jooksul vajada taastumist, olgu selleks siis raske haigus või mõni muu kriis, mis muudab senist elu ja võib põhjustada vaimse tervise probleeme. Taastumise all mõistetakse seda, kui „pärast (tervet rida) traumaatilisi kogemusi hakatakse taas oma elu elama ja leitakse sellele uuesti mõte. Siin on üldisemas mõttes tegemist kasvamis- ja arenemisprotsessiga.“ (Hollander & Wilken, 2017, lk 24).

Hollanderi ja Wilkeni (2017, lk 21–22) järgi on elukvaliteet seotud elu mõtestamisega, mis on omakorda seotud kõigega, mis loob isiklikku väärtust.

CARe metoodika keskendub jõustamisele ja lähtub konkreetsest tuge vajavast inimesest. Tähelepanu pööratakse inimese soovidele, tugevustele, kogemustele ja võimalustele. Arvestatakse ka inimese tervise ja keskkonna võimalustega, mitte ei keskenduta probleemidele või takistustele. (Tsuiman, 2024, lk 57).

Eestis pakutakse psüühikahäiretega inimeste taastumiseks erinevaid teenuseid, mille eesmärk on parandada inimeste iseseisvat toimetulekut ja sotsiaalset integratsiooni. CARe metoodika pakub spetsialistidele võimaluse kasutada praktilisi teadmisi klientide taastumisprotsessi toetamisel.

2. UURING PSÜÜHIKAHÄIRETEGA INIMESTE TAASTUMISE TOETAMISEST HAABERSTI KLUBIMAJAS

2.1. Ülevaade Haabersti klubimajast ja osutatavatest teenustest

Haabersti klubimaja on Tallinna Vaimse Tervise Keskuse (TVTK) allasutus, mis omakorda kuulub Tallinna Sotsiaal- ja Tervishoiuameti hallatavate asutuste hulka. Kõigis eelmainitud ettevõtetes osutatakse vaimse tervise teenuseid psüühilise erivajadusega tööealistele inimestele ja nende peredele.

Haabersti klubimaja on TVTK vanim üksus, mis asutati 1996. aastal ning on siiani ainuke klubimaja kogu Baltikumis. Tallinnas asuv klubimaja kuulub nii Euroopa klubimajade võrgustikku kui ka rahvusvahelisse ühendusse *Clubhouse International*, kus on liikmeid üle 300 kõikjalt maailmas. (Haabersti klubimaja, 2023a) Haabersti klubimaja on rahvusvaheliselt kõrgelt tunnustatud, mida kinnitab 2019. aastal ja 2023. aasta lõpus toimunud akrediteerimise tulemusena saavutatud kõrgeim võimalik akrediteering kolmeks aastaks (S. Valk, suuline vestlus, 03.04.2024).

Haabersti klubimaja visioonis rõhutatakse kogukonna tähtsust, kus koos töötades paraneb psüühikahäiretega inimeste elukvaliteet ning läbi ühtse väärtus- ja kuuluvustunde luuakse elutervemat ühiskonda (Haabersti klubimaja, 2023a). Nii TVTK-s kui ka klubimajas keskendutakse inimese oma tee leidmisele: „Inimene leiab oma raja, julgeb mööda seda käia ja tunneb elust rõõmu“ (Tallinna Vaimse Tervise Keskus, s. a.-a).

Kõigi klubimajade tegevuse aluseks on ühtsed rahvusvahelised standardid, mis on mõeldud psüühikahäiretega inimeste ja nende lähedaste toetamiseks. Abi pakutakse haigusest taastumisel, iseseisva eluga hakkamasaamisel ning elu- ja töökoha leidmisel. Klubimajade rahvusvahelistes standardites on muu hulgas palju tähelepanu pööratud nn

tööle orienteeritud päevadele. Kõik klubimaja liikmed (klubimajas on liikmed, mitte kliendid või patsiendid) saavad osaleda võrdset töötajatega kogukonna tegevuste korraldamisel ja vajalike tööde tegemisel. Klubimajas keskendutakse liikmete tugevustele, nende oskustele ja annetele, mitte kliinilisele ravile või teraapiale. (Clubhouse International, n.d.) Liikmete hulgas populaarsed meelelahutusüritused on enamasti lubatud alles peale tavalise tööpäeva lõppu või nädalavahetustel (S. Valk, suuline vestlus, 16.10.2023).

Igal aastal pakutakse TVTK kaheksas erinevas üksuses erihoolekandeteenuseid, sotsiaalset ja tööalast rehabilitatsiooni, kogemusnõustamist, tugiteenuseid ning eraldi tasulisi teenuseid umbes 900-le psüühilise erivajadusega tööealisele inimesele (Tallinna Vaimse Tervise Keskus, s. a.-b). Haabersti klubimajas on praegu teenusel umbes 110 liiget, kellele osutatakse igapäevaelu toetamise ja töötamise toetamise teenuseid (S. Valk, suuline vestlus, 16.10.2023). Koostöös Sotsiaalkindlustusametiga osaleb Tallinna Vaimse Tervise Keskus, sh Haabersti klubimaja, pilootprojektis „Isikukeskse erihoolekande teenusmudeli rakendamine kohalikus omavalitsuses“ (Tallinna Vaimse Tervise Keskus, s. a.-c). Projekti raames aidatakse psüühilise erivajadusega inimesi nn teenuskomponentidel põhineva lähenemisega, kus teenuse kasutajale saab pakkuda just tema vajadusi arvestavat teenusepaketti. Peale selle on klubimaja liikmelisus eluaegne, mis võimaldab siin käia ka neil, kes on alles nn tutvujad või kohanejad, seega kõigil, kellel veel või enam ei ole kehtivaid teenuselepinguid. (S. Valk, suuline vestlus, 16.10.2023)

Rahvusvahelistes klubimajade standardites on väga oluline koht nn üleminekutööl. Üleminekutööga toetatakse liikmete sujuvat tööle asumist, kusjuures tööandjale garanteeritakse alati see, et töö on tehtud. Kui klubi liige jääb haigeks või ei saa mingil muul põhjusel kohale minna, siis leitakse klubimajast asendaja ja tööandja ei pea millegi tegematajäämise pärast muretsema. Tavaliselt on töökoormus 12–20 tundi nädalas ning soovija võib ühes kohas ametis olla kuus kuni üheksa kuud. Siis peaks olema juba selge, kas inimene on valmis sisenema avatud tööturule või mitte. Eestis on klubimaja heaks koostööpartneriks Sõbralt Sõbrale poed, kus saab tööd teha viis klubimaja liiget. Tegutsetakse transporttöölisena ja poodides koristajatena. Palka maksab töötajale tööandja vähemalt miinimumpalga ulatuses. (S. Valk, suuline vestlus, 16.10.2023)

Haabersti klubimajas on kolm üksust: kontori-, köögi- ning töö- ja koolitusüksus. Kontoriüksuse vastutada on muu hulgas liikmete ja külaliste registreerimine, osalusstatistika koostamine, erinevate ürituste korraldamine, sotsiaalmeedia ja kirjavahetuse haldamine jmt. Köögiüksuse liikmetega käiakse toidupoes, valmistatakse tervislikku lõunat, peetakse kohvikut ja hoolitsetakse köögi ning kassapidamise eest. Töö- ja koolitusüksuses aidatakse CV ja motivatsioonikirjade koostamisel, otsitakse ning jagatakse töökuulutusi, tehakse töö- ja haridusstatistikat, vahendatakse üleminekutöökohti, korraldatakse eesti- ja inglise keele tunde jm. (Haabersti klubimaja, 2023b)

Haabersti klubimajas on kaheksa töötajat, n-ö klubimaja kogukonna koordinaatorit, kes lisaks mitmetele erinevatele tööülesannetele teevad ka tegevusjuhendaja tööd ja kellest pooled töötavad osalise koormusega (S. Valk, suuline vestlus, 03.04.2024).

Kuigi Haabersti klubimaja on juriidiliselt linna asutus alludes otseselt TVTK-le, lähtutakse siiski samal ajal rahvusvahelistest ühtsetest klubimajade standarditest. Kahe erineva süsteemi kokkusobitamine võib vahel olla üsna keeruline, kuid siiani on sellega siiski edukalt toime tulnud.

2.2. Uurimismetoodika, valimi kirjeldus ja uuringu läbiviimine

Uuringu läbiviimiseks ja uurimisküsimustele vastuste saamiseks kasutati kvalitatiivset uurimisviisi. Kvalitatiivse uurimisviisi puhul keskendutakse inimeste subjektiivsetele tähendustele, mida nad omistavad oma tegevustele ja kogemustele (Õunapuu, 2014, lk 61) ning lähtutakse osalejate igapäevaelust ja erinevatest vaatenurkadest uuritava küsimusele (Flick, 2018, lk 2). Uuringud viidi läbi inimeste loomulikus keskkonnas, kus käsitleti üksikasju nii sotsiaalsetest suhetest, kontekstist, liikumapanevatest jõududest kui ka inimeste tunnetest. Tegelikest probleemidest sügavamaks arusaamiseks võimaldab kvalitatiivne lähenemine arvestada uuritava nähtuse ja inimeste tegutsemise loomuliku kontekstiga (Korstjens & Moser, 2017, lk 274). Lähtudes töö eesmärgist, oli oluline mõista Haabersti klubimaja liikmete vaimse tervise alaseid kogemusi ja aru saada Haabersti klubimaja rollist oma liikmete vaimse tervise hoidmisel.

Uuringu andmekogumismeetodina kasutas töö autor intervjuusid, sest need on paindlikud, võimaldades süvaanalüüsi suhteliselt väikese valimi põhjal, kus uuringu keskmes on osalejate isiklik arvamus (Young *et al.*, 2018, lk 10). Intervjuude abil saab koguda mitmekülgset teavet, sealhulgas mitteverbaalset infot, mis aitab esile tuua erinevaid vaatenurki ja võimaldab sügavamalt mõista uuritavaid nähtusi (Billups, 2021, lk 37–38). Andmete kogumiseks intervjueriti käesoleva uuringu raames kaheksat Haabersti klubimaja liiget. Eksperti vaatenurga teadasaamiseks viidi läbi ekspertintervjuu Haabersti klubimaja juhatajaga. Lõputöö uuringu läbiviimisel kasutati poolstruktureeritud individuaalintervjuusid, kus intervjuerija võis anda selgitusi ning vajadusel küsida ise täpsustavaid küsimusi (Õunapuu, 2014, lk 171). Eelnevalt fikseeriti konkreetsed teemad ja üldised küsimused. Küsimusi esitati varem paika pandud järjekorras, kuid respondent vastas neile vabalt (Lagerspetz, 2017, lk 128). See andis uurijale võimaluse selgitada respondentidele küsimuste tausta ning muuta küsimuste järjekorda. Poolstruktureeritud intervjuud alustati kindla kava alusel, kuid edasi kulges vestlus vabalt, sõltuvalt olukorrast (Õunapuu, 2014, lk 172). Lisas 1 on esitatud intervjuu küsimused, mis põhinevad lõputöö teorial ning mille aluseks oli uurimuse eesmärk ja uurimisküsimused. Vastavalt lõputöö eesmärgile ja uurimisküsimustele grupeeriti küsimused kolme gruppi. Esimene teemaplokk puudutas vaimset tervist ja selle mõju igapäevaelule, teises plokis olid Haabersti klubimaja puudutavad küsimused. Töö selguse huvides jagas autor viimase omakorda kaheks, millest esimeses osas puudutati rohkem Haabersti klubimajas saadud tuge ja teises osas keskenduti pigem liikmete varem saadud teenustele ja teenuste parandamise võimalustele Haabersti klubimajas. Ekspertintervjuu küsimustiku (vt lisa 2) koostamisel lähtus autor nii teooriast, klubimaja liikmete intervjuude vastustest kui ka lõputöö eesmärgist ja uurimisküsimustest.

Uuringu läbiviimisel kasutati mugavusvalimit, eelkõige lähtudes uuritavate koostöövalmidusest. Mugavusvalimi puhul on subjektid kergelt kättesaadavad, peamiseks eelduseks on sihtrühma liikmete homogeensus (Etikan *et al.*, 2016, lk 2). Uuringu valimi moodustasid Haabersti klubimaja kliendid e liikmed. Sihtrühmani jõudmiseks küsiti luba Haabersti klubimaja juhatajalt ja paluti valida välja sobivad respondendid. Töö autori mureks oli piisava hulga respondentide kokkusaamine, sest paljud klubimaja liikmed ei soovi erinevatel põhjustel intervjuusid anda. Uuringu autoriga võttis ühendust kaheksa klubi liiget, kes olid valmis vastama antud

uurimisküsimustele. Tabelis 1 on esitatud uuringu valim, kus on anonüümsuse tagamiseks respondentide andmed kodeeritud. Näiteks märgib kood R1 esimest vastajat, R2 teist jne. Kood E märgib ekspertintervjuu andjat. Tabelis on lisaks intervjuude tegemise kuupäevadele ja pikkusele välja toodud ka intervjuueeritavate sugu.

Tabel 1. Uuringu valim

Respondendi kood	Respondendi sugu	Intervjuu kuupäev	Intervjuu pikkus minutites
R1	M	01.03.24	23
R2	M	06.03.24	17
R3	M	06.03.24	51
R4	N	07.03.24	30
R5	M	12.03.24	55
R6	M	14.03.24	87
R7	N	15.03.24	52
R8	N	10.04.24	28
E	M	11.04.24	80

Seega osales uuringu valimis kolm naist ja viis meest, kelle vanus jäi vahemikku 28–72 aastat. Uuringus osalejad olid olnud Haabersti klubimaja liikmed 4–25 aastat. Intervjuud toimusid Haabersti klubimajas ajavahemikul 01.03–15.03.2024 ja 10.04.2024. Ekspertintervjuu viidi läbi 11.04.2024. Vestlemiseks sobiva aja pakkus välja intervjuueerija. Kokku viidi läbi kaheksa silmast-silma intervjuud klubimaja liikmetega ja üks ekspertintervjuu Haabersti klubimaja juhatajaga. Intervjuude keskmine pikkus oli 47 minutit, kõige lühem intervjuu kestis 17 minutit ja kõige pikem üks tund ja 27 minutit (vt tabel 1). Uuringus osalemine oli vabatahtlik. Iga intervjuueeritavale tutvustati eelnevalt uurimistöö teemat ning küsiti luba intervjuu salvestamiseks. Selgitati, kuidas säilitatakse ja töödeldakse saadud infot. Lindistatud intervjuud transkribeeriti ja salvestati MS Word'i dokumendina. Respondentide konfidentsiaalsuse tagamiseks lõputöö valmides transkriptsioonid anonümiseeriti ja helisalvestused kustutati.

Kogutud andmeid analüüsiti kvalitatiivse sisuanalüüsi abil, kus info liigitati kategooriatesse ning tuvastati olulised fraasid ja märksõnad. (Gray *et al.*, 2017, lk 446). Hiljem ühendati kategooriad sarnaste teemaplokkide alla. Salvestatud materjal loeti korduvalt läbi ja kategoriseeriti kolme alamkategooriasse:

- vaimne tervis,
- Haabersti klubimaja roll taastumise toetamisel,

- teenuste parandamise võimalused.

Saadud infot võrreldi töös käsitletud teoreetiliste allikatega ja ekspertintervjuu vastustega. Uurimistulemusi analüüsi, koostati kokkuvõte, tehti järeldused ja ettepanekud.

2.3. Uurimistulemused

2.3.1. Vaimne tervis ja selle mõju igapäevaelule

Uurimistöö tulemuste kirjeldamisel kasutati respondentide tsitaate, millest on välja jäetud ebaolulised või vastaja tuvastamist võimaldavad osad. Vastavad kohad on märgistatud /.../ märgisega. Uuringu esimeses osas käsitleti vaimse tervisega seotud temaatikat üldisemalt. Uuriti, mida tähendab vaimne tervis klubimaja liikmetele, kuidas see on mõjutanud nende igapäevast elu ning kas nad on kuidagi tundnud stigmatiseerimist.

Erihoolekandeteenuste saamise ja Haabersti klubimajas käimise eelduseks on mõne psüühikahäire diagnoos, kuid mitte ühegi intervjuu jooksul kellegi isiklike terviseandmeid ei küsitud. Intervjueeritud kaheksast respondentist said seitse inimest erihoolekandeteenuseid, üks oli pensionär, kes riiklike teenuseid enam otseselt ei vajanud. Intervjuudest selgus, et kuigi üks vastaja polnud mõelnud oma vaimsele tervisele (R8) ja teine ütles, et ei tea, mis see võiks täpselt olla (R4), pidas enamus respondente vaimset tervist väga oluliseks. „Vaimne tervis tähendab seda, et kogu minu meeleolu ja minu olemus oleks normaalne. Et ma elan rahulikult ja mul on hea olla ja mul ei ole selliseid muserdavaid vaimseid probleeme. Et ma saan normaalselt rahulikult elada ja oma asjadega tegeleda.” (R7). Teise respondendi (R2) arvates tähendab vaimne tervis igal tasandil iseenda ja oma eluga hakkamasaamist. R3 seostas vaimset tervist meeleolu, sotsiaalsuse ja suhetega. Ta tõi esile ka motivatsiooni ja tahteaktiivsuse seose enesetundega ning tegi enda üle nalja öeldes, et tema teab, et ta on haige ja et ta ehk saab kunagi terveks, aga mõned veel ei teagi, et nad haiged on. Nemad ei saagi võib-olla kunagi terveks saada.

Vaimse tervise probleemidena mainiti enamasti unehäireid (R2, R4, R5), mäluprobleeme (R1, R4, R8), ärevust (R3, R4), väsimust (R8), suurt tundlikkust (R3). Toodi välja võime olla iseseisev (R3, R6), rõhutati produktiivsust (R6), väikest sissetulekut ja sõltuvust sotsiaaltoetustest (R5, R6), mainiti ka liiga tugevate ravimitega raviskeemi, mis pärsib

mõtlemise kiirust ja kvaliteeti ning muretsemist pisiprobleemide pärast (R5). R3 ütles, et oma vaimse tervise tõttu ta ei tee mitte kunagi teatud asju, näiteks ei tarvita alkoholi, ei lähe ööklubisse ja liigub üldse väljas väga vähe. Tal ei ole abikaasat, lapsi ega oma kodu. Üks vastaja oli sügava depressiooni käigus ära kaotanud kõik oma oskused, sh pillimänguoskuse, mida ta oli harjutanud juba alates kuuendast eluaastast. „Ma praktiliselt ei suutnud üksinda mitte midagi teha. /.../ Ma ei osanud äkki enam süüa teha, mitte midagi /.../ üksinda ma ei läinud mitte kuhugi. Ma kartsin lihtsalt, et ma vajun kusagil kokku.” (R7). R6 mainis, et oma peas teeb ta küll palju asju, kuid reaalse tegudeni sageli ei jõua.

Stigmatiseerimisega seoses toodi mitmel korral välja mõte, et suhtumine vaimse tervise probleemidesse on viimasel ajal muutunud, sest maailmas on psüühikahäiretega inimesi järjest rohkem ja vaimsetest probleemidest räägitakse palju. Seda enam ei halvustata, pigem mõistetakse (R2, R5, R7). R3 kirjeldas elavalt, et kui ametiasutustes on tulnud välja, et tal on psüühikahäire, siis on teda võetud kui veidi lihtsameelset või räägitud lühikeste lausete ja lihtsate sõnadega, kuid see on olnud pigem sõbralik. Mitu respondenti (R1, R4 ja R6) on tundnud halvustavat suhtumist kodus oma lähedaste poolt. Suurem osa vastajatest pole stigmatiseerimist otseselt kogenud, küll aga on esinenud enese stigmatiseerimist (R2, R6, R7).

Mina tundsin ennast ka halvasti, et olen pigem peidus kusagil. See, kui sa vaatad ennast, kui sa midagi ei tee ja oled selline ... seda rohkem kogud endale sisse, et ma ei ole mitte millekski väärt, ma ei saa elus enam mitte millegagi hakkama. Seda kogu aeg endale sisendada, siis järjest rohkem muutud madalamaks kui muru. Hakkad järjest rohkem seda uskuma, siis mõtledki, et oled madalam kui muru, ja ei ole kellelegi enam vajalik. (R7)

R3 ja R6 tõid välja tõiga, et enesestigmatiseerimisega võib seostada nt vajadust rehabilitatsiooniteenuse või töövõime toetuse saamiseks panna dokumentidesse kirja „igasuguseid asju“. R6 tunnetas ühiskonnapoolset stigmatiseerimist, kus ühiskond või mingisugused suvalised inimesed justnagu tahtsid teda näha stigmatiseerituna, ohvrina või vaevlevana. See ei meeldinud talle, sest see ei sõltunud temast ja ta ei saa seda võimalust välja lülitada.

Ekspertintervjuust tuli välja veel üks stigmatiseerimise pahupool. Nt kui soovitakse kedagi halvustada või sõimata, kutsutakse teda skisoks, autistik, aspergeriks vmt. Vaevalt, et need inimesed, kes selliseid nimesid annavad, ise üldse aru saavad, mis nende sõnade taga on, kuid sellele, keda narritakse, jätab kuuldu sügava jälje. Sõnu võiks kasutada ikka nende õiges tähenduses ja õiges kohas.

Kuigi kõik vastajad polnud varem mõelnud oma vaimsele tervisele, peeti seda üldiselt siiski väga oluliseks. Mõju igapäevaelule tunnetati muu hulgas unehäirete, mäluprobleemide, ärevuse ja väsimusena, mainiti suurt sõltuvust sotsiaaltoetustest. Tõdeti, et kuigi teadlikkus ja mõistmine vaimse tervise probleemide suhtes on paranenud, pole stigmatiseerimise mõju veel piisavalt teadvustatud.

2.3.2. Taastumine Haabersti klubimajas

Antud peatükis käsitletakse Haabersti klubimajaga seotud küsimusi ja keskendutakse sellele, kuidas klubimaja liikmed tunnetavad klubimaja tuge enda taastumise toetamisel.

Haabersti klubimajas püütakse küll oma asutust reklaamida ja teha teavitustööd, kuid on siiski palju inimesi, kes sellisest kohast pole teadlikud. Praegused klubimaja liikmed kuulsid klubimajast Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskuses, kui seal käidi ettevõtet tutvustamas (R4, R8), oma tuttavate (R2, R6), tegevusjuhendaja (R7) või psühhiaatri kaudu (R1, R3, R5). Klubimaja peeti väga oluliseks, sest see on andnud inimestele põhjuse ja võimaluse kodust välja tulla (R3, R6, R7, E). Varem oldi kodus ja suheldi ainult oma pereliikmetega (R1–R3, R6, R8), nüüd on suhtlusringkond palju suurem. R6 rõhutas, et klubimaja on andnud talle võimaluse täita oma eesmärgi, st olla kuskil mujal kui kodus, sest siin on rohkem võimalusi parema kvaliteediga aja veetmiseks kui lihtsalt kodus olles. Klubimaja mainiti kui enda teist kodu (R1), kus saab hästi süüa, suhelda, uusi kogemusi. Oluliseks peeti tunnet, et oled vajalik (R1–R5, R7, R8). R7 leidis, et klubimajja minemine on nagu omaette stiimul.

Klubimaja on mind väga mõjutanud positiivses suunas sellepärast, et mul on nagu siht. Ma tulen kodust välja, mul on tegemist. Tegemist on nagoonii päris palju, aga no sellist, koos inimestega olla, et mul on niisugune tunne, et hommikul ma nagu läheksin tööle. Tavaliselt käisin tööl niimoodi iga päev kella üheteistkümneks ja

siis mul on praegu ka nii, et ma tulen klubimajja kuskil üheteist paiku või veerand kaheteist paiku. Ma tean, et siin on kohe toredad inimesed koos, kellega lihtsalt suhelda ja siis kas appi minna kööki või siis mujale. (R7)

Vastajat R1 julgustati ja toetati klubimajast nii õppima kui ka tööle asumisel, samuti hindab R5 klubimaja tuge töö leidmisel päris tõhusaks, sest ka teda aidati erinevate dokumentide vormistamisel ja tööle asumisel.

Arutledes ühe küsimuse üle, mis puudutas klubimajade rahvusvahelisi standardeid, keskendumist liikmete tugevustele ja võimetele, ütles R6, et tema tugevuste vastu pole klubimajas vist küll keegi huvi tundnud. Samas tõi esile selle, et kui tal paluti ühest sündmusest artikkel kirjutada, siis ta keeldus, pidades klubimaja kroonikat liiga naiivseks ja ebaprofessionaalseks. Ta lisas, et need tugevused, mis tal võib-olla on ja mida ta tahaks rakendada, neid selles struktuuris ei tehtagi. Ometi meenus talle, et tema teadmisi ja liikumisharjumust on rakendatud nt klubimaja suvistel väljasõitudel jm. R5 oli rahul, et ta on saanud anda oma panuse igasugu probleemide arutamisel, lahenduste otsimisel ja leidmisel, tõlketööde tegemisel, ürituste organiseerimisel ja läbiviimisel. R2 tõi välja mõtte, et ta leidis klubimajas rakendust, mille eest talle riik toetust maksab: „Hakkas meeldima jah, et ma saan iga päev nagu rakendust siin, oma oskusi rakendada, et läheb see töö nagu edasi siin. Ma saan nagu riigilt toetust ja siis sellega ma saan tagasi panustada, selle klubimaja tegevusega“. R3 rõhutas, et lisaks klubimaja igapäevaste tööde tegemisele on teda kaasatud igale poole: ta on saanud võimaluse osaleda supervisioonides, erinevatel koolitustel ja projektides.

Haiglaravi vähendamisest rääkides ei osanud mitu respondenti seda kommenteerida, sest on olnud haiglas väga ammu või vaid ühe korra (R1–R4, R6).

Ma olen elus ainult ühe korra haiglas olnud eelmisel aastatuhandel. /.../ Ma pean ütlema, et ma olen ise meeletult tööd teinud selleks, et ma olen saanud sellist elu nautida /.../ siinkohal mainin ära veel ühe jutupunkti, et viimati ma võtsin ravimeid 15–20 aastat tagasi... Psühholoogi juures olen käinud kümme aastat./.../ Aga mul on paberid kõik korras, selles mõttes, et sotsiaalne rehabilitatsioon ja puuduv töövõime. (R6)

Oluliseks peeti head koostööd arstidega (R7) ja väärtustati sobilikku raviskeemi, tänu millele pole tükk aega haiglasse satunud. „Seitsme aasta jooksul ei ole haiglasse sattunud, aga ma käin regulaarselt arsti juures. Mul on hea raviskeem praegu, mul toimib see hästi, et mul ei ole vajadust.“ (R2). Ekspertintervjuus väljendati muret ravi kättesaadavuse ja teenuste jõudmise kiiruse kohta, sest järjekorrad on väga pikad ja vaimse tervise probleemidega inimeste haavatavus suur. Positiivse mõttena jäi kõlama, et klubimajja on oodatud kõik ja liikmeks võib saada kohe, olenemata ametlikust suunamiskirjast.

Klubimaja kitsaskohtadena toodi esile inimestevahelisi konflikte (R3, R5, R7) ja vahel tekkivat nn psühhoneuroloogilist õhustikku või atmosfääri (R5).

Oma elukvaliteeti hinnates ütlesid liikmed, et siin käidud aastate jooksul on see kindlasti paranenud (R1, R3, R5, R7). Klubimajas on võimalik ennast proovile panna, kogeda uusi asju ning aktiivselt kaasa lüüa kogukonna tegemistes. Siin käivad koos inimesed, kellel on sarnane mure ning siin mõistetakse teiste hädasid. Inimestel on suurem suhtlusringkond, nad leiavad klubimajas endale rakendust ning tunnevad end vajalikena.

Rääkides liikmete tugevustest, võimetest ja elukvaliteedist, nentis klubimaja juhataja (E), et kahjuks liikmed ei soovi minna ei õppima ega enamasti ka tööle, sest saadakse hakkama niisamagi. Just viimase akrediteerimisega saadi ka üks ettekirjutus, sest ükski klubi liige ei käinud sel aastal kuskil õppimas. Inimesed on nii leidlikud, et oskavad väikeste toetussummadega hakkama saada ja lississetuleku nimel pole vaja pingutada.

Kokkuvõtteks võib öelda, et Haabersti klubimajal on väga suur roll vaimse tervise probleemidest taastumisel. See annab põhjuse kodust välja tulla, võimaluse parandada oma sotsiaalseid oskusi ja luua suhteid.

2.3.3. Teenused Haabersti klubimajas

Käesolevas alapeatükis puudutatakse Haabersti klubimaja liikmete kasutatud teenuseid ja mõtteid, kuidas pakkuda Haabersti klubimajas psüühikahäiretega inimestele veel paremaid taastumisvõimalusi.

Suurem osa vastajatest peab Haabersti klubimaja kogukonnana väga oluliseks, siia on tore kuuluda (R1–R3, R5, R7, R8). Hinnatakse suhtlemise võimalust ja tunnetatakse

tugevat seljatagust, sest siin käivad koos sarnaste muredega inimesed. „Me areneme nagu ise sellises klubimaja kogukonnas, kus üksteist aidatakse ja mõistetakse ja toetatakse. See nagu pakub kõige suuremat tuge. See kogukonnatunne, et mul on kindel seljatagune“ (R5). R2 väidab, et ta on küll individualist, kuid vaatamata sellele on tema jaoks klubimaja just kogukonnana oluline, sest siin saab olla inimeste keskel ja rahuldada suhtlemisvajadust. Liikmed on siit leidnud omale uusi sõpru, on isegi käidud üksteist kodus abistamas. Siin saab ennast väljendada ja välja elada, teistega mõtteid jagada ja kasvõi uusi nalju testida (R3). Oli ka neid, kes ei pidanud klubimaja kogukonnana nii oluliseks (R4, R6). R4 oli häiritud teatud inimestest, kuid tunnetas siiski kogukonna tuge, sest mitte kunagi ei jäeta kedagi hätta. R6 ei tundnud ennast enam klubimaja kogukonna liikmena, sest ta on n-ö selle faasi juba läbi elanud. Omal ajal on klubimaja kogukond talle andnud positiivse tunde.

Varem saadud teenuste kohta ei osanud mitmed respondendid midagi öelda (R1, R8), kuid R6 ei saanud üldse aru, milles see iseseisva elu toetamise teenus (IET) seisnes.

Et noh, see tööle orienteeritud päev on okei, see nagu aitab struktureerida sinu päeva. Ütlen ausalt, see ei ole minu jaoks nagu mingi tähenduslik asi. Ma ei saa ju lihtsalt teha sellist nägu, et see on nagu tähenduslik minu jaoks. Ja seetõttu mul on näiteks üldse raske öelda, milles see teenus siis seisneb. Lihtsalt ma saan siin nagu olla, mingeid asju teha. /.../ kui me räägime minu nendest sotsiaalsetest oskustest, siis ma olen neid saanud noh, nagu suheldes töötajatega nii-öelda nagu eraviisiliselt, mitte nagu läbi selle orienteeritud päeva.(R6)

Samal ajal hindasid need, kes said rehabilitatsiooniteenuseid (R3, R4, R6), väga kõrgelt nt psühholoogi juures käimist ja füsioteraapiat, eriti kiideti iga-aastast tsirkuselaagrit (R3, R6). R6 kasutas väga positiivseid sõnu, isegi ülivõrdes, kirjeldades eesti erihoolekandesüsteemi ja saadud teenuseid, sest 15 aastat tagasi, kui temal oleks neid teenuseid vaja olnud, polnud üldse mitte midagi seesugust. Erihoolekandeteenuste parandamiseks tegi ta ettepaneku luua majutusteenus, kus n-ö kahtlase koduse olukorraga inimesed saaksid ajutiselt elada ja kodust eemal viibida. Üks liige tundis puudust psühholoogi teenusest (R5). R3 arvas, et väga oluline on kuulata liikmeid, neid mitte hukka mõista, pigem julgustada. Eraldi tõi ta esile selle, et kui inimene on jutukam, siis ei tohiks talle anda mõista, et ta segab, vaid ikka toetada.

Põhimõtteliselt olid Haabersti klubimaja liikmed oma teenustega väga rahul ja ettepanekuid töötajatele töö paremaks korraldamiseks ei tehtud. R2 ütles, et kuigi alati saab ju paremini, on tema rahul ja konkreetselt ei oska midagi välja tuua. Toodi küll esile, et töötajaid võiks olla rohkem ning inimesed võiksid üldse olla sõbralikumad ja käituda paremini (R3).

Ekspertintervjuu (E) kinnitas liikmete suurt tähelepanuvajadust ja töötajate vähesuse probleemi. Tuli välja mure töötajate väikeste palkade pärast, mis ei suuda konkureerida samas valdkonnas tegutsevate eraettevõtjate tasudega. Ainult töörõõmust ja entusiasmist võib mingil hetkel siiski väheks jääda.

Mitmed liikmed tänasid intervjuerijat võimaluse eest mingid asjad südamest ära rääkida (R3–R8) ja usaldasid töö autorile rohkem kui nad alguses ise arvatagi oskasid. „Kui meil siin juba nagu avameelitsemiseks on läinud, siis tänan sind selle võimaluse eest ja tundub, et see on nagu noh, okei. Minu saladus sinu juures on nagu turvalises kohas.“ (R6)

Kokkuvõtteks võib öelda, et klubimaja liikmed on väga rahul saadud teenuste ja klubimaja kui kogukonnaga. Siit on leitud sõpru ning saadud tuge erinevate eluprobleemide lahendamisel, sest klubimajas ei jäeta kedagi hätta.

2.4. Arutelu, järeldused ja ettepanekud

Käesolevas peatükis võrreldakse uuringu tulemusi töö esimeses osas välja toodud teoreetiliste allikatega ning esitatakse vastused püstitatud uurimisküsimustele.

Vaimse tervise häired on laialt levinud terves maailmas, kuid ometi ei saa paljud inimesed vajalikku abi (World Health Organization, 2021a, lk 4). Haabersti klubimaja näitel seda väita ei saa, sest kõik klubimajja jõudnud psüühikahäiretega inimesed on saanud abi nii meditsiini- kui ka sotsiaalsüsteemist. Enamus liikmeid kasutavad käesoleval hetkel kas erihoolekande- või rehabilitatsiooniteenuseid. Üks respondent tõi paralleeli minevikust, et 15 aastat tagasi, peale esmast psühhoosi, oleks tal olnud vaja selliseid teenuseid nagu ta nüüd saab, kuid siis midagi sarnast ei pakutud. Teaduskirjanduses on probleemkohana esile toodud varajase abi, sealhulgas häire süvenemist takistava abi vähest kättesaadavust ning esmatasandi nõrka seost vaimse tervise tugiteenustega (Sotsiaalministeerium, 2022, lk 35). Seda väidet kinnitas ekspertintervjuu, kus toodi välja varajase ravi ja hilisemate

teenuste vähene kättesaadavus ning keeruline inimeste liikumine erinevate teenusepakkujate vahel. Intervjuus mainiti psühhiaatria haigla teenuskohtade vähesust ning haiglaravi perioodi lühenemist, mis on mõjutanud ka Haabersti klubimaja liikmete käitumist ja elukvaliteeti.

Vaimse tervise häiretega võivad kaasneda raskused koolis ja tööl hakkama saamisega, suureneb oht jääda töötuks ning võivad kasvada füüsilise tervise mured (OECD, 2018, lk 19). Intervjuudes otseselt kellegi tervise kohta ei küsitud, kuid vestlustest selgus, et vaimse tervise raskused on mõjutanud inimeste hakkamasaamist erinevates eluvaldkondades, sh tööl ja igapäevaelus. Mitu respondenti mainis ka füüsilisi tervisekahjustusi, kuid need polnud tekkinud vaimse tervise probleemide tõttu, pigem mõne trauma tagajärjel. Ekspertintervjuust jäi kõlama mure, et klubimaja liikmed ei soovi õppida ega töötada, sest nad saavad erinevaid toetusi ja otsest vajadust lississetuleku nimel pingutada pole. Ükski respondent intervjuude ajal ei õppinud, üks töötas osalise koormusega. Seega polnud klubimaja liikmetel suurt ohtu jääda töötuks, pigem oli tegemist soovimatusega tööd teha. Üldiselt hindasid intervjuueeritavad oma vaimset tervist heaks, sest arstide väljakirjutatud ravimid toimivad hästi ja hoiavad sümptomid kontrolli all. Paar vastajat tõid välja mälu- ja unehäired, mis segavad n-ö normaalset elu ja häiriks nii õppimist kui ka tööl käimist. Teoreetilises osas toodi välja depressiooni sümptomite, üksinduse ja sotsiaalse eraldatuse seosed (Ge *et al.*, 2017, lk 10). Ühe respondendi vastused kinnitasid seda otseselt, sest olles sügavas depressioonis ei tahtnud ta pikalt mitte kellegagi suhelda, peale selle kadusid kõik tema argioskused. Lisaks kinnitasid veel paar vastajat seoseid depressiooni ja sotsiaalse eraldatuse vahel.

Stigmad ja diskrimineerimine mõjutavad psüühikahäiretega inimeste elukvaliteeti, sh suhete loomisel, hariduse omandamisel, tööl või abi saamisel tervishoiusüsteemis (Thornicroft *et al.*, 2022, lk 1439). Käesolev uuring kinnitas seda vaid osaliselt, sest tervishoiusüsteemis ja tööl polnud keegi kogunud stigmatiseerimist, kuid paaril korral mainiti häbistamist või kiusamist koolis. Töötuse seostamine vaimsete probleemidega (Brouwers, 2020, lk 1) ei leidnud samuti kinnitust, sest vastajad, kes olid kunagi tööl käinud, polnud seal enda sõnul kogunud mingit häbimärgistamist. Intervjuudes leidis kinnitust väide, et vaimse tervise häiretega võib olla seotud enesehäbistamine, mis jätab jälje kogukonda integreerumisele ja üldisele tervisele (Brehmer *et al.*, 2024, lk 79).

Enesehäbistamise peale polnud uuringus osalejad varem mõelnud, kuid kinnitasid, et tegelikult on see oluline stigmatiseerimise liik, mis on kindlasti mõjutanud sotsiaalseid suhteid ja mingit osa märganud ka tervise halvenemisel. Väide, et stigmade kogemine võib olla hullem kui haiguse enda sümptomid (Davy *et al.*, 2024, lk 6) ei leidnud kinnitust, sest vastajad kas polnud üldse kogenud stigmasid, ei andnud neile erilist tähendust või polnud teadvustanud nt enesestigmatiseerimise mõju.

Klubimajades pööratakse palju tähelepanu liikmete tugevustele ja võimetele, mitte nende haigusele (Callahan, 2023, lk 8). Seda kinnitasid kõik antud töö raames intervjueritud inimesed, sest haigustest üldjuhul ei räägita ja oma tugevuste rakendamise üle on klubimaja liikmed ise väga uhked. Väide, et osalemine klubimajades tagab parema elukvaliteedi pikema aja jooksul (Hultqvist *et al.*, 2018, lk 1424) ja vähendab uuesti haiglasse sattumist (McKay *et al.*, 2018, lk 37), leidis samuti kinnitust, sest ükski intervjueritustest polnud juba aastaid vajanud ravi psühhiaatriahaiglas. Elukvaliteeti hindasid kõik vastanud paranenuks, seda nii sotsiaalsete suhete, oskuste kui võimaluste tasandil. Ometi ei saa siin teha suuri üldistusi, sest respondentide arv oli suhteliselt väike võrreldes klubimaja liikmete üldarvuga.

Kogukonnapõhiste teenuste olulisust vaimse tervise probleemidest taastumisel on esile toonud Wilken jt (2015, lk 32) ja Tsuiman (2016). Käesoleva uuringu raames leidis kinnitust väide, et Haabersti klubimaja kui kogukond on liikmetele väga oluline, sest klubimajas saab muu hulgas hästi süüa, suhelda, rakendada oma oskusi, õppida ja kogeda midagi uut. Sageli on klubimajja tulemine omaette eesmärk, sest see annab põhjuse kodust välja tulla ja võimaluse teistega suhelda. Eraldi mainiti, et klubimajas saab ennast tunda vajalikuna. See, milliseid riiklikke teenuseid parasjagu kasutati, et olnud nii oluline kui lihtsalt osaleda klubimaja igapäevastes tegemistes ja kogukonna ettevõtmistes. Mitu liiget sai samaaegselt igapäevaelu toetamise teenusega rehabilitatsiooniteenuseid, millest enim hinnati psühholoogi külastamise võimalust ja füsioteraapiat. Eriti kiideti igaaastaseid tsirkuselaagreid ja väljendati kahetsust, sest kuuldavasti ei lubata laagreid enam riiklike teenuste raames korraldada. Ometi aitasid klubimaja liikmete sõnul just need eriti hästi kaasa sotsiaalsete suhete ja oskuste arendamisele, endas uute annete avastamisele ja hirmude ületamisele. Lisaks tegevusjuhendajatele ja teistele tugispetsialistidele olid laagritesse alati kaasatud ka psühholoog ja sotsiaaltöötaja. Klubimaja tööle orienteeritud

päevade ja külg-külje kõrval töötamise juures hinnati peamiselt häid suhteid ja kollegiaalsust, kaasamist ja innustamist (Kinn *et al.*, 2018, lk 65). See leidis kinnitust ka käesoleva uuringu raames. Koos töötamise plussina väärtustati eelkõige häid suhteid ja kaasamist, lisaks peeti oluliseks innustamist ja kiitmist. Kitsaskohtadena toodi välja vahel tekkivaid inimestevahelisi konflikte.

Uuringu autorile tuli üllatusena, et riiklike erihoolekandeteenuste osutamise ja klubimajade rahvusvaheliste standardite vahel on teatud vastuolu, sest standardite järgi on liikmelisus ja osalemine klubimaja tegevustes vabatahtlik, kuid riiklike teenuste saajatelt eeldatakse, et vastavaid teenuseid osutatakse/saadakse vähemalt neli tundi kuus. Seega on siin vastuolu sisse programmeeritud juba eos ja uuringu läbiviija ei osanud seda ebakõla uuringu alguses näha ega uuringu küsimustes kajastada. Ometi tundub, et riiklike teenuste saamisega probleeme pole, sest klubimajas käiakse hea meelega pikema aja jooksul, enamasti isegi igapäevaselt. Teatavat ebakõla kinnitasid ka respondentide vastused, sest oma riiklike teenuste kohta ei osanud vastajad eriti midagi öelda, küll aga hinnati väga klubimaja tööle orienteeritud päevi, võimalust suhelda ja kogukonna suurt tuge.

CARe metoodika rajaneb taastumisel, kohalolul ja võimestamisel, oluline on tugevustele suunatus (Hollander & Wilken, 2017, lk 17). Need on klubimajade taastumise aluspõhimõtted ja käesolevas uuringus leidis kinnitust nende rakendamine Haabersti klubimajas. Liikmed tajuvad tähelepanu pööramist nende tugevustele ja võimetele, inimeste toetamist ja innustamist. Kohalolu puudutava kitsaskohana toodi välja mõte, et klubimajas võiks olla rohkem töötajaid, sest siis oleks töötajatel rohkem aega liikmetega individuaalselt suhelda. Liikmetega parema kontakti saamiseks ja suhtlemisvajaduse rahuldamiseks võiks natuke abiks olla ilmselt vestlused psühholoogi, terapeudi või miks mitte ka kogemusnõustajaga. Neid teenuseid paraku klubimajas ei osutata ja siin saaks otsida koostööpartnereid vastava eriala spetsialistide hulgast.

Analüüsi kokkuvõtteks saab väita, et Haabersti klubimaja teenused ja tegevused on väga tõhusad psüühikahäiretega inimeste taastumise ja sotsiaalsete oskuste arendamise toetamisel. Klubimaja liikmed hindavad kõrgelt klubimajas pakutavaid võimalusi ja tunnevad klubimaja tuge oma elukvaliteedi parandamisel.

Toetudes töö teoreetilisele osale, kaheksale intervjuule klubimaja liikmetega ja ühele ekspertintervjuule Haabersti klubimaja juhatajaga, teeb töö autor ettepanekud Haabersti klubimaja juhatajale:

- Individuaalse toe suurendamiseks pakkuda Haabersti klubimaja liikmetele rohkem individuaalse vestluse võimalusi klubimaja töötajatega.
- Viia läbi uuring, et selgitada välja, miks klubimaja liikmed ei soovi õppida ega tööl käia ning leida tegurid, mis neid motiveeriks seda tegema.

Kokkuvõtlikult saab öelda, et uuringu eesmärk täideti ja uurimisküsimused said vastuse. Haabersti klubimajas pakutakse psüühikahäiretega inimestele mitmeid teenuseid ja erinevaid taastumist toetavaid tegevusi. Klubimaja liikmed hindasid oma vaimset tervist heaks, sest koostöös arstidega on tervis kontrolli all ja Haabersti klubimajas pakutakse tuge igapäevaoskustega toimetulemisel. Varem saadud teenustest hinnati kõige enam võimalust psühholoogi juures ja tsirkuselaagris käia. Teise uurimisküsimuse vastuseks taastumist toetavate tegevuste kohta, toodi välja võimalus suhelda, turvalises keskkonnas uusi kogemusi saada ja oskusi arendada. Klubimajja tulemine võib olla täitsa omaette eesmärgiks.

KOKKUVÕTE

Psüühikahäirete üha suurenev levimus on tõsine ülemaailmne probleem ja selle probleemi lahendamiseks pole veel leitud hästitoimivaid lahendusi. Psüühikahäireteks loetakse erinevaid psüühika- ja käitumishäireid, sh meeleolu- ja ärevushäireid, depressiooni ja skisofreeniat. Vaimse tervise häired võivad olla lühiajalised või kesta läbi terve elu. Psüühikahäired võivad raskendada inimese igapäevast toimetulekut, lisaks kaasnevad sageli mitmed teised probleemid, sh füüsilise tervise halvenemine, halvemad õppimis- ja töövõimalused, üksindus, sotsiaalne isolatsioon, vaesus, riskikäitumine, suurem suitsiidirisk, stigmatiseerimine jne. Depressioon on kõikjal maailmas üks põhilisi puude määramise põhjusi.

Haigusest taastumisel peetakse oluliseks nii õiget raviskeemi, teraapiat kui ka psühhosotsiaalset rehabilitatsiooni. Taastumine on üldjuhul pikk teekond ja kestab vahel aastaid. Eestis pakutakse psüühikahäiretega inimeste taastumiseks erinevaid riiklikke teenuseid, mille eesmärk on parandada inimeste iseseisvat toimetulekut ja sotsiaalset integratsiooni. Lisaks on üks psüühikahäiretega inimeste taastumise toetamise võimalusi klubimajade süsteemis. Klubimaja on psühhiaatrilise rehabilitatsiooni taastumiskeskne mudel, kus keskendutakse inimeste tugevustele ja võimetele, mitte nende haigusele. Klubimajades pakutakse kogukonnapõhiseid teenuseid, mis aitavad vaimse tervise probleemidest taastuda ja toetavad klubimaja liikmete liikumist parema elukvaliteedi poole. Eestis on Haabersti klubimaja seni ainuke.

Käesoleva töö empiirilises osas viidi läbi kvalitatiivne uuring, kus andmeid koguti poolstruktureeritud intervjuude meetodil. Intervjuu küsimused põhinesid lõputöö esimeses osas esitatud teoorial, töö eesmärgil ja uurimisküsimustel. Intervjueeriti kaheksat Haabersti klubimaja liiget ja tehti üks ekspertintervjuu Haabersti klubimaja juhatajaga. Intervjuu küsimused puudutasid muu hulgas teemasid, kuidas klubimaja

liikmed hindavad oma vaimset tervist, igapäevast toimetulekut ja mis toetab nende taastumist Haabersti klubimajas.

Uuringu tulemusena selgus, et klubimaja peeti väga oluliseks kohaks, kus pööratakse suurt tähelepanu liikmete tugevustele ja võimetele, mitte nende haigusele. Klubimaja peeti eriti oluliseks just kogukonnana, kus inimesi mõistetakse, aidatakse, innustatakse tegema ja kogema midagi uut. Kinnitati, et klubimajas käimise ajal on vähenenud haiglaravi vajadus ja paranenud elukvaliteet, seda nii sotsiaalsete suhete, oskuste kui ka võimaluste mõistes. Peamine, et klubimajas tuntakse ennast vajalikuna. Kõrgelt hinnati klubimaja tööle orienteeritud päevi ja võrdsetel alustel koos töötajatega igapäevase töö tegemist. Klubimajja minemine võib olla isegi omaette eesmärk, sest see annab põhjuse kodust välja minna ja teiste inimestega suhelda.

Uuringu käigus selgus, et riiklike erihoolekandeteenuste osutamise ja klubimajade rahvusvaheliste standardite vahel on teatud vastuolu, sest standardite järgi on liikmelisus ja osalemine klubimaja tegevustes vabatahtlik, kuid riiklike teenuste osutajatelt eeldatakse, et vastavaid teenuseid saadakse vähemalt neli tundi kuus. Suuri probleeme pole see siiski tekitanud, sest klubimajas käiakse hea meelega, enamasti palju rohkem kui riiklikud nõuded ette näevad. Klubimaja liikmetele polnud väga oluline, milliseid riiklikke teenuseid nad parajasti kasutasid, peamine oli tunda ennast osana klubimaja kogukonnast ning panustada sealsetesse ettevõtmistesse vastavalt oma võimalustele. Põhiliselt kasutati igapäevaelu toetamise teenuseid, vähem töötamise toetamise teenuseid. Lisaks toodi positiivsena esile rehabilitatsiooniteenuseid, mida klubimajas ei osutata, kuid mis võimaldavad külastada psühholoogi ja saada osa erinevatest teraapiatest.

Kokkuvõtteks saab öelda, et käesoleva lõputöö eesmärk saavutati, uuringus selgusid vastused uurimisküsimustele. Selgitati välja psüühikahäiretega inimeste taastumise ja sotsialiseerumise võimalused Haabersti klubimajas. Vastavalt uurimistulemustele tehti ilmnunud kitsaskohtade põhjal ettepanekud Haabersti klubimaja juhatajale teenuste paremaks muutmiseks ja psüühikahäiretega inimeste probleemide laiemaks teadvustamiseks.

VIIDATUD ALLIKAD

- Billups, F. D. (2021). *Qualitative Data Collection Tools: Design, Development, and Applications*. SAGE Publications. <https://doi.org/10.4135/9781071878699>
- Brehmer, C. E., Qin, S., Young, B. C., & Strauser, D. R. (2024). Self-stigma of incarceration and its impact on health and community integration. *Criminal Behaviour and Mental Health*, *34*(1), 79–93. <https://doi.org/10.1002/cbm.2326>
- Brouwers, E. P. M. (2020). Social stigma is an underestimated contributing factor to unemployment in people with mental illness or mental health issues: position paper and future directions. *BMC Psychology*, *8*, Article 36. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00399-0>
- Callahan, K. (2023). Occupational Therapy Integration in Psychosocial Rehabilitation: The Clubhouse Model. *Capstone Projects*, *48*. https://scholarworks.wmich.edu/capstone_projects/48
- Callander, E. J., & Schofield, D. J. (2015). Psychological distress and the increased risk of falling into poverty: A longitudinal study of Australian adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *50*(10), 1547–1556. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1074-6>
- Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*, *13*(2), 153–160. <https://doi.org/10.1002/wps.20128>
- Clubhouse International. (n.d.). *Quality Standards*. <https://clubhouse-intl.org/resources/quality-standards/>
- Correll, C. U., Detraux, J., De Lepeleire, J., & De Hert, M. (2015). Effects of antipsychotics, antidepressants and mood stabilizers on risk for physical diseases in people with schizophrenia, depression and bipolar disorder. *World Psychiatry*, *14*(2), 119–136. <https://doi.org/10.1002/wps.20204>
- Davy, J. W., Arnfred, B. T., Larsen, L. Q., Christensen, F. P., Iversen, T., Eplov, L. F., Nordentoft, N., & Melau, M. (2024). Stigma experienced as worse than symptoms of

- schizophrenia: A qualitative study about The OpusPanel. *Early Intervention in Psychiatry*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/eip.13503>
- Drake, R. E., & Wallach, M. A. (2020). Employment is a critical mental health intervention. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, Article e178. <https://doi.org/10.1017%2FS2045796020000906>
- Ester, J., Haugas, S., Allemann, M., Haan, E., Kender, E., Teidla-Kunitsõn, G., & Mürk, A. (2023). *Vaimse tervise ja hariduse valdkonna probleemid ning lahendused. Lõpparuanne*. Poliitikauuringute keskus Praxis. <https://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2023/08/Vaimse-tervise-ja-hariduse-valdkonna-probleemid-ning-lahendused.-lopparuanne.pdf>
- Etikan, I., Musa, S. A., & Alkassim, R. S. (2016). Comparison of convenience sampling and purposive sampling. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics*, 5(1), 1–4. <https://doi.org/10.11648/j.ajtas.20160501.11>
- Flick, U. (2018). *Designing Qualitative Research* (2nd ed.). SAGE Publications. <https://doi.org/10.4135/9781529622737>
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14(2), 231–233. <https://doi.org/10.1002/wps.20231>
- Ge, L., Yap, C. W., Ong, R., & Heng, B. H. (2017). Social isolation, loneliness and their relationships with depressive symptoms: A population-based study. *PLOS ONE*, 12(8), Article e0182145. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182145>
- Gray, J. R., Grove, S. K., & Sutherland, S. (2017). *Burns and Groves The Practice of Nursing Research: appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence* (8th ed.). Elsevier.
- Guthmuller, S. (2022). Loneliness among older adults in Europe: The relative importance of early and later life conditions. *PLoS ONE*, 17(5), Article e0267562. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267562>
- Haabersti klubimaja. (s. a.-a). *Avaleht*. <https://klubimaja.ee>
- Haabersti klubimaja. (s. a.-b). *Üksused*. <https://klubimaja.ee/üksused/>
- Hollander, D., & Wilken, J. (2017). *Kuidas klientidest saavad kodanikud. Taastumise ja kaasatuse toetamine CARE metoodika abil*. DUO kirjastus.

- Hultqvist, J., Markström, U., Tjörnstrand, C., & Eklund, M. (2018). Quality of life among people with psychiatric disabilities attending community-based day centres or Clubhouses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(4), 1418–1427. <https://doi.org/10.1111/scs.12587>
- Kalberg, L. (2022). Erihoolekanne ja sotsiaalne rehabilitatsioon. *Sotsiaaltöö*, (1), 32–37. <https://tai.ee/et/sotsiaaltoo/erihoolekanne-ja-sotsiaalne-rehabilitatsioon>
- Kim, C., Jin, H., Kang, G., Dusing, G. J., & Chum, A. (2024). Patterns of follow-up mental health care after hospitalization for suicide-related behaviors among older adults in South Korea. *Journal of Affective Disorders*, 350, 313–318. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.089>
- Kinn, L. G., Langeland, E., Tanaka, K., & Davidson, L. (2018). “We are Actually Colleagues”: Clubhouse Staffs’ Experiences of Working Side-by-side with Members. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 5, 63–72. <https://doi.org/10.1007/s40737-018-0110-8>
- Koppel, A. (2023). *Vaimse tervise raskustega inimeste kohanemine kogukonnas peale elukoha muutust: nende endi ja pereliikmete vaade* [Magistritöö, Tartu Ülikool, Ühiskonnateaduste instituut]. DSpace. <https://hdl.handle.net/10062/93159>
- Korstjens, I., & Moser, A. (2017). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 2: Context, research questions and designs. *European Journal of General Practice*, 23(1), 274–279. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375090>
- Lagerspetz, M. (2017). *Ühiskonna uurimise meetodid*. Tallinna Ülikooli Kirjastus.
- Maailma Terviseorganisatsioon. (1992). *RHK-10/V – Psüühika- ja käitumishäired*. <https://valisveeb.kliinikum.ee/psyhhiaatriakliinik/lisad/ravi/RHK/RHK10-FR17.htm>
- Manwell, L. A., Barbic, S. P., Roberts, K., Durisko, Z., Lee, C., Ware, E., & McKenzie, K. (2015). What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey. *BMJ Open*, 5(6), Article e007079. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007079>
- McKay, C., Nugent, K. L., Johnsen, M., Eaton, W. W., & Lidz, C. W. (2018). A Systematic Review of Evidence for the Clubhouse Model of Psychosocial Rehabilitation. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 45, 28–47. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0760-3>

- Niska, M., Stevanovic, M., Nevalainen, H., Weiste, E., & Lindholm, C. (2023). Mental health rehabilitees' agency construction and promotion in community-based transitional work programme. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 18(1), Article 2202972. <https://doi.org/10.1080/17482631.2023.2202972>
- OECD. (2018). Promoting mental health in Europe: Why and how? Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. *OECD Publishing, Paris*. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-4-en.
- OECD/European Union. (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
- Post, H. (2014). *Skisofreeniaga toimetulek: sotsialiseerumine ja selle toetamise vajadused ning võimalused Haabersti klubimaja näitel* [Bakalaureusetöö, Tallinna Ülikool]. ETERA. <https://www.etera.ee/zoom/8882/view>
- Propst, R. N. (1992a). Introduction. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(2), 3-4. <https://doi.org/10.1037/h0095714>
- Propst, R. N. (1992b). Standards for clubhouse programs: Why and how they were developed. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 16(2), 25-30. <https://doi.org/10.1037/h0095711>
- Public Health Agency of Canada. (2006). *The human face of mental health and mental illness in Canada 2006*. Minister of Public Works and Government Services Canada. <https://publications.gc.ca/site/eng/9.688719/publication.html>
- Raeburn, T., Schmied, V., Hungerford, C., & Cleary, M. (2014). Clubhouse model of psychiatric rehabilitation: How is recovery reflected in documentation? *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(5), 389–397. <https://doi.org/10.1111/inm.12068>
- Raeburn, T., Schmied, V., Hungerford, C., & Cleary, M. (2015). Self-determination Theory: A Framework for Clubhouse Psychosocial Rehabilitation Research. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(2), 145–151. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.927544>
- Slade, M., Oades, L., & Jarden, A. (2017). *Wellbeing, Recovery and Mental Health*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781316339275.004>

- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., Perkins, R., Shepherd, G., Tse, S., & 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>
- Sotsiaalhoolekande seadus. (2015). *Riigi Teataja I*, 30.12.2015, 5; *Riigi Teataja I*, 14.12.2023, 3. <https://www.riigiteataja.ee/akt/SHS>
- Sotsiaalkindlustusamet. (2023). *Puuetega inimeste üldine statistika*. https://www.epikoda.ee/spetsialistile/statistika/2023-iv-kv_statistika-epikojale.xlsx
- Sotsiaalministeerium. (2016). *Elanikkonna teadlikkus, suhtumine ja hoiakud vaimse tervise teemal. Elanikkonna küsitlus. Faktum ja Ariko*. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Norra_toetused/Rahvatervise_programm/elanikkonna_teadlikkus_suhtumine_ja_hoiakud_vaimse_tervise_teemadel_2016.pdf
- Sotsiaalministeerium. (2019). *Sotsiaalkindlustuse programm 2019-2022.pdf*, <https://www.sm.ee/ru/node/2387>
- Sotsiaalministeerium. (2020). *Vaimse tervise roheline raamat*. https://www.sm.ee/sites/default/files/news-related-files/vaimse_tervise_roheline_raamat_0.pdf
- Sotsiaalministeerium. (2022). *Vaimse tervise tegevuskava 2023–2026*. <https://www.sm.ee/media/2998/download>
- Sotsiaalministeerium. (2024). *Programm Sotsiaalhoolekannesse 2024–2027*. <https://www.sm.ee/sites/default/files/documents/2024-01/Sotsiaalhoolekande%20programm%202024-2027.pdf>
- Sotsiaalministeeriumi analüüsi- ja statistika osakond. (2021, 1. november). Täiskasvanud psüühilise erivajadusega inimeste erihoolekandeteenused. *Sotsiaaltöö*. <https://tai.ee/et/sotsiaaltoe/taiskasvanud-psuuhilise-erivajadusega-inimeste-erihoolekandeteenused>
- Statistikaamet. (s. a.). *Tervis*. <https://www.stat.ee/et/avastatistikat/valdkonnad/heaolu/tervis>
- Statistikaamet. (2023, 6. juuli). *SK06: Täiskasvanute hoolekannesse, 31. detsember [andmebaas]*. https://andmed.stat.ee/et/stat/sotsiaalelu__sotsiaalne-kaitse__sotsiaalabi__hoolekannesse/SK06

- Tallinna Vaimse Tervise Keskus. (s. a.-a). *Missioon ja visioon*.
<http://www.vaimnetervis.ee/meist/>
- Tallinna Vaimse Tervise Keskus (s. a.-b). *Teenused*.
<http://www.vaimnetervis.ee/teenused/>
- Tallinna Vaimse Tervise Keskus. (s. a.-c). *Projektid ja hanked*.
<http://www.vaimnetervis.ee/meist/projektid-ja-aruanded-2/>
- Tanaka, K., & Davidson, L. (2015). Meanings associated with the core component of clubhouse life: The work-ordered day. *Psychiatric Quarterly*, 86(2), 269–283. <https://doi.org/10.1007/s11126-014-9330-6>
- Tervisestatistika ja terviseuringute andmebaas. (2023, 15. juuni). *PKH1: Psühhiaatri poolt ambulatoorselt konsulteeritud isikud diagnoosi, soo ja vanuserühma järgi* [andmebaas]. https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas__02Haigestumus__05Psyyhikahaired/PKH1.px/
- Thornicroft, G., Sunkel, C., Aliev, A. A., Baker, S., Brohan, E., el Chammay, R., Davies, K., Demissie, M., Duncan, J., Fekadu, W., Gronholm, P. C., Guerrero, Z., Gurung, D., Habtamu, K., Hanlon, C., Heim, E., Henderson, C., Hijazi, Z., Hoffman, C., H., ... Salisbury, T. T. (2022). The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *The Lancet*, 400(10361), 1438–1480. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(22\)01470-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(22)01470-2)
- Tsuiman, K. (2016). Deinstitutionaliseerimine kui kogukonnapõhine teenuste osutamine abivajadusega inimestele. *Sotsiaaltöö*, (1), 20–22. <https://www.tai.ee/et/sotsiaalto/deinstitutionaliseerimine-kui-kogukonnapohine-teenuste-osutamine-abivajadusega>
- Tsuiman, K. (2024). (2020). Inimese tervikkäsitlus: taastumise põhimõtted ja CARE meetodika. *Sotsiaaltöö*, (1), 55–63. <https://tai.ee/et/sotsiaalto/inimese-tervikkasitlus-taastumise-pohimotted-ja-care-meetodika>
- Valkeapää, T., Tanaka, K., Lindholm, C., Weiste, E., & Stevanovic, M. (2019). Interaction, Ideology, and Practice in Mental Health Rehabilitation. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 6(1), 9–23. <https://doi.org/10.1007/s40737-018-0131-3>

- Värnik, P., Sisask, M., & Värnik, A. (2021). *Enesetappude ja enesetapukatsete epidemioloogiline ülevaade Eestis. Uuringu raport*. WHO Euroopa Regionaalbüroo. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341893>
- Õunapuu, L. (2014). *Kvalitatiivne ja kvantitatiivne uurimisviis sotsiaalteadustes*. Tartu Ülikool. DSpace. <http://hdl.handle.net/10062/36419>
- Wilken, J. P., Hanga, K., Bugarszki, Z., van Gijzel, S., Karbouniaris, S., Kondor, Z., Medar, M., Narusson, D., & Saia, K. (2015). *Lood taastumisest ja ühiskonnas osalemisest – kogemused ja väljakutsed*. Sotsiaaltöö Instituut, Tallinna Ülikool, Eesti Sotsiaalse innovatsiooni uurimiskeskus, Utrechti Rakenduskõrgkool, Holland koostöös CARE Europe, DIGIRA ja MTÜ DUO kirjastusega
- World Health Organization. (2021a). *Mental health atlas 2020*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>
- World Health Organization. (2021b). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
- World Health Organization. (2022). *World mental health report. Transforming mental health for all*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- Young, J. C., Rose, D. C., Mumby, H. S., Benitez Capistros, F., Derrick, C. J., Finch, T., & Mukherjee, N. (2018). A Methodological Guide to Using and Reporting on Interviews in Conservation Science. Research. *Methods in Ecology and Evolution*, 9(1), 10–19. <https://doi.org/10.1111/2041-210X.12828>
- Zhu, S., Kong, X., Han, F., Tian, H., Sun, S., Sun, Y., Feng, W., & Wu, Y. (2024). Association between social isolation and depression: Evidence from longitudinal and Mendelian randomization analyses. *Journal of Affective Disorders*, 350, 182–187. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.106>

Lisa 1. Teooriast tulenevad intervjuu küsimused

Vaimne tervis ja selle mõju igapäevaelule

1. Mida tähendab vaimne tervis Sinu jaoks? (Manwell et al., 2015, lk 3)
2. Kuidas on Sinu vaimne tervis mõjutanud igapäevast toimetulekut? (World Health Organization, 2021b, lk 3)
3. Millisel moel oled kogenud stigmat või diskrimineerimist? (Thornicroft *et al.*, 2022, lk 1439)

Klubimajaga seotud küsimused

4. Millal ja kelle kaudu kuulsid Haabersti klubimajast? (Callahan, 2023, lk 8)
5. Kuidas on Haabersti klubimajas keskendutud Sinu tugevustele ja võimetele? (Callahan, 2023, lk 8)
6. Kuidas on Sinu elukvaliteet muutunud klubimajas käimise ajal? (Hultqvist *et al.*, 2018, lk 1424)
7. Kuidas Sa hindad klubimaja tuge töö leidmisel ja haiglaravi vähendamisel? (World Health Organization, 2022, lk 234; Drake & Wallach, 2020, lk 1)

Teenuste parandamisega seotud küsimused

8. Kuidas Sa hindad Haabersti klubimaja kogukonnana? (Wilken *et al.*, 2015, lk 32)
9. Milliseid (erihooldekande)teenuseid oled saanud ja mida hindad kõige rohkem? (Sotsiaalhoolekande seadus, 2015)
10. Millised on Sinu ootused Haabersti klubimaja töötajate suhtes? Kuidas töötajad saavad Sind paremini toetada? (Valkeapää *et al.*, 2019, lk 20)

Lisa 2. Intervjuukava eksperdile

1. Kuidas on Teie esimene poolaasta klubimaja juhatajana möödunud?
2. Millised on Teie kogemused psüühikahäiretega inimeste taastumise toetamisel?
3. Kui suure probleemina Te näete psüühikahäiretega inimeste muresid ja taastumist ühiskonnas üldiselt?
4. Millised on Teie arvates kitsaskohad psüühikahäiretega inimeste taastumisel?
5. Kuidas Te hindate Haabersti klubimaja kogukonnana?

6. Kuidas jõuavad liikmed Haabersti klubimajja ja kuidas see võiks tegelikult olla?
7. Milliseid teenuseid pakutakse Haabersti klubimajas ja miks just neid?
8. Milliseid teenuseid oleks Teie arvates vaja pakkuda Haabersti klubimaja liikmetele?
9. Milline võiks olla klubimaja rahastus?
10. Mitmed klubimaja liikmed tõid oma intervjuudes esile, et nad sooviksid saada psühholoogi teenuseid. Kas ja kuidas on võimalik seda olukorda lahendada?
11. Te olete käinud erinevates maailma klubimajades ja ise mitut akrediteerinud – kas on midagi, mida tahaksite n-ö tuua ka Haabersti klubimajja?

12. Milliseid muudatusi olete organisatsioonis teinud? Milliseid muudatusi plaanite teha?
13. Milliseid puudusi näete olemasoleva süsteemi puhul? Millised on Teie arvates organisatsiooni kui süsteemi nõrgad kohad linna/riigi tasandil?
14. Milliseid tugevusi näete olemasoleva süsteemi puhul? Millised on Teie arvates organisatsiooni kui süsteemi tugevad kohad linna/riigi tasandil?
15. Kellega teete koostööd teistest organisatsioonidest? / Kes on koostööpartnerid?
16. Kuidas on sujunud klubimajade standardite ja linna/riigi nõudmiste täitmine Haabersti klubimajas?
17. Milline on Teie tulevikuvision – mida plaanite teha, et klubimaja liikmete taastumist veel paremini toetada?

SUMMARY

SUPPORTING THE RECOVERY OF PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS: THE EXAMPLE OF HAABERSTI CLUBHOUSE

Ürge-Maarit Mäetamm

The increasing prevalence of mental disorders is a serious global issue and effective solutions to this problem have not yet been found. Mental disorders include various psychological and behavioral disorders, such as mood and anxiety disorders, depression, and schizophrenia. Mental health disorders can be temporary or persist throughout lifetime. Mental disorders can complicate daily functioning and are often accompanied by several other issues, including deterioration of physical health, poorer learning and employment opportunities, loneliness, social isolation, poverty, risk behaviors, increased risk of suicide, stigmatization, etc. Depression is one of the primary causes of disability worldwide.

Recovery from illness is considered to depend on proper treatment regimens, therapy, and psychosocial rehabilitation. Recovery is generally a long journey and can sometimes take years. In Estonia, various public services are offered for the recovery of people with mental disorders, aimed at improving their independent functioning and social integration. Additionally, the clubhouse system is one of the options for supporting the recovery of people with mental disorders. A clubhouse is a recovery-centered model of psychiatric rehabilitation that focuses on people's strengths and abilities, not their illness. Clubhouses provide community-based services that help people recover from mental health issues and support clubhouse members in moving towards a better quality of life. In Estonia, Haabersti Clubhouse is currently the only clubhouse.

In the empirical part of this thesis, a qualitative study was conducted using the method of semi-structured interviews. Interview questions were based on the theory presented in the

first part of the thesis, the purpose of the work, and the research questions. Eight members of Haabersti Clubhouse were interviewed, and one expert interview was conducted with the manager of Haabersti Clubhouse. The responses from the interviews were analyzed using qualitative cross-case analysis. Interview questions covered topics such as how clubhouse members assess their mental health, daily coping mechanisms, and what supports their recovery at Haabersti clubhouse.

The study found that the clubhouse is considered a very important place where great attention is paid to members' strengths and abilities, not their illness. The clubhouse is particularly important as a community where the members are understood, helped, and encouraged to do and experience something new. It was confirmed that during the time of attending the clubhouse, the need for hospitalization has decreased, and the quality of life has improved in terms of social relationships, skills and opportunities. Importantly, members feel needed in the clubhouse. The work-oriented days at the clubhouse and working on equal terms with the staff were highly valued. Going to the clubhouse can even be an end in itself because it gives a reason to go out and interact with other people.

The study revealed that there is a certain contradiction between the provision of public special care services and the international standards of the clubhouses, because according to the standards, membership and participation in clubhouse activities are voluntary, but service providers expect the services be received for at least four hours a month. However, this has not caused significant problems, as people gladly attend the clubhouse, usually much more than the state requires. For members of the clubhouse, it was essential to feel integrated into the clubhouse community and participate in its activities to the extent of their abilities. Mostly everyday life support services were used, less employment support services. Clubhouse members assessed their mental health as good, because in collaboration with doctors, their health is under control and Haabersti clubhouse provides support in coping with daily skills.

In conclusion, the aim of this thesis was achieved, and the research questions were answered. The possibilities for recovery and socialization of people with mental disorders in Haabersti Clubhouse were clarified. Based on the research findings, suggestions were made to the manager of Haabersti Clubhouse to improve the services.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Ürge-Maarit Mäetamm,

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

Ürge-Maarit Mäetamm

16.05.2024