

**Uuring psüühilise erivajadusega inimestele suunatud
erihoolekandesüsteemi ümberkorraldamiseks ja tõhustamiseks
teiste riikide praktikate alusel**

LÕPPRAPORT

Koostajad: Zsolt Bugarszki (PhD), Marju Medar (PhD), Johannes Pieter van Ewijk (PhD), Jean Pierre Wilken (PhD), Dagmar Narusson, Koidu Saia, Kersti Kriisk, Aino Kiis, Mart Susi (PhD), Indrek Sooniste, Anu Rahu

Veebruar 2016

Uuring psüühilise erivajadusega inimestele suunatud erihoolekandesüsteemi ümberkorraldamiseks ja tõhustamiseks teiste riikide praktikate alusel teostati Tallinna Ülikooli Ühiskonnateaduste instituudi poolt Sotsiaalministeeriumi rahastusel (hanke CPV kood: 73110000-6). Väljaande autoriõigus kuulub Tallinna Ülikooli Ühiskonnateaduste instituudile. Raportis sisalduva teabe kasutamisel palume viidata allikale: Bugarszki, Z., Medar, M., Wilken, J.P., Ewijk, J.P., Saia, K., Narusson, D., Kriisk, K., Susi, M., Kiis, A., Rahu, A., Sooniste, I. (2015).

Uuringu lõppraport: Tallinn, Tallinna Ülikooli Ühiskonnateaduste instituut.

Eessõna

Euroopa hoolekandesüsteemi keskmises on viimastel aastakümnetel olnud üleminek institutsionaalselt hoolekandelt kogukonnapõhiste teenustele. Perioodil 2014-2020 sai deinstitutionaliseerimine (DI) üheks Euroopa Komisjoni peamiseks prioriteediks, et edendada reforme vaimse tervise teenuste korralduses ka ELi ühtluspõhises. Aastatel 2007 kuni 2013 on Eesti viinud ellu deinstitutionaliseerimise esimese etapi ja ELi uuel eelarveperioodil alustatakse teise etapiga selleks, et üleminekuga jätkata.

Käesoleva projekti „Uuring psüühilise erivajadusega inimestele suunatud erihoolekandesüsteemi ümberkorraldamiseks ja tõhustamiseks teiste riikide praktikate alusel“ sihtrühm on täisealised inimesed, kellel on diagnoositud raske, sügava või püsiva kuluga psüühikahäire ning hinnatud erihoolekandeteenuse vajadus. Uurimuse kaudu otsitakse vastuseid peamisele küsimusele – milline teenuste süsteem ja korraldus tagab teiste riikide näitel kõige parema tulemuse inimestele, kellel on psüühikahäire, kogukonnapõhisele hooldusele üleminekul Eestis?

Uuringu eesmärk on analüüsida erihoolekandesüsteemi, vaimse tervise valdkonnas osutatavaid teenuseid ja deinstitutionaliseerimise protsessi Eestis ning teha teiste riikide praktikatele tuginedes ettepanekuid Eesti erihoolekandete süsteemi korralduse muutmiseks, arendamiseks ja tõhustamiseks ning inimeste, kellel on psüühikahäire iseseisva elamise, arengu ja integreerituse toetamiseks kogukonnas.

Uurimuse käigus analüüsiti rahvusvahelist DI kogemust tuginedes erinevatele dokumentidele ja uurimisraportitele ning viidi läbi individuaal- ja rühmaintervjuud DI protsessiga seotud institutsioonide spetsialistidega, teenuseosutajatega, klientidega, tööandjatega, KOV spetsialistidega ning välisekspertidega.

Uuring viidi läbi EV Sotsiaalministeeriumi tellimusel.

Uurimisraportis leiavad käsitlemist erihoolekandesüsteemi ümberkorraldamisega ja deinstitutionaliseerimisega seotud protsessid Eestis ning välisriikide (Tšehhi, Slovakkia, Ungari, Rumeenia, Holland, Suurbritannia, Rootsi) kogemused DI läbiviimisel ja kogukonnapõhiste teenuste arendamisel.

Raporti ülesehitus on lihtne ja kasutajasõbralik. Peatükkides antakse ülevaade projekti eesmärkidest, uurimiseesmärgist ja –küsimustest ning kirjeldatakse meetodikat ja läbiviimist. Tulemused on esitatud uurimisküsimuste lõikes ning tulemuste lõpus on eraldi peatükina välja toodud ettepanekud Eesti erihoolekandete süsteemi korralduse muutmiseks, arendamiseks ja tõhustamiseks ning inimeste, kellel on psüühikahäire iseseisva elamise toetamiseks kogukonnas. Lisadena on esitatud ülevaade erihoolekandesüsteemi korraldusest Eestis, Hollandis, Suurbritannias ja Tšehhimaal, samuti intervjuude kokkuvõtted Eesti DI protsessi kohta ning DI protsessist lähtuv isikupõhine tulude/kulude arvestus.

Suur tänu kõigile, kes intervjuude kaudu seda uurimisprojekti on toetanud.

Lugupidamisega,

Zsolt Bugarszki, Marju Medar, Johannes Pieter van Ewijk, Jean Pierre Wilken, Dagmar Narusson, Koidu Saia, Kersti Kriisk, Aino Kiis, Mart Susi, Indrek Sooniste, Anu Rahu.

Sisukord

Eessõna.....	1
Sisukord.....	2
Kokkuvõte	4
Summary	8
I. Uuringu eesmärk ja sihtrühm	11
II Uurimisküsimused	11
III Uuringu meetodika.....	12
IV Uurimuse läbiviimine.....	12
V Vastused uurimisküsimustele	18
1. Teenuste süsteem jm korraldus, mis tagab teiste riikide näitel kõige parema tulemuse psüühilise erivajadusega inimeste kogukonnapõhisele hooldusele üleminekul: Teenuste osutamise tüübid, rahastamise korraldus riigi ja kohaliku omavalitsuse tasandite vahel	18
2. Teiste riikide süsteemide tugevused ja puudused, sh eristades teenuse osutamise viise (nt kogukonnas, külades, institutsioonides) ning mõju toetavaid ja institutsionaalseid teenuseid saavatele psüühilise erivajadusega inimestele	26
3. Kogukondade riskid ja nende maandamine teiste riikide näitel. Tegevused, mida on rakendatud hoiakute muutmiseks, et psüühilise erivajadusega inimesi kogukonda paremini integreerida. Tegevused, mida saaks Eestis rakendada.	34
4. Muudatused, mida tuleks Eesti erihoolekandesüsteemis ellu viia, et soodustada psüühilise erivajadusega isikute integreerimist kogukonda, arvestades teiste riikide parimaid praktikaid.....	36
5. Teenuste struktuur, juhtimise ja korralduse süsteem, jätkusuutlik rahastamise mudel, õigusraamistik, erinevate tasandite ja sektorite vaheline koostöö ja integratsioon, mis on optimaalseim Eesti erihoolekandesüsteemi tõhustamiseks tuginedes teiste riikide praktikale – tegevused, mida on vaja ellu viia (nt spetsialistide koolitamine).	38
6. Võimalikud mõjud, mis kaasnevad optimaalse korralduse rakendamisega, arvestades Eestis kehtivaid seadusi (sh Euroopa Sotsiaalfondi, riigihangete nõudeid), sh mõju riigieelarvele (sh halduskoormus riigile ja kohalikule omavalitsusele) ja psüühilise erivajadusega inimeste iseseisvale toimetulekule	48
7. Võimalikud lahendused, et tõhustada koostööd (sh vastutuse jaotus) erinevate institutsioonide ning osapoolte vahel nagu psüühilise erivajadusega erihoolekandeteenust saav isik, riik, kohalik omavalitsus, erihoolekande teenuse osutaja, rehabilitatsiooni teenuse osutaja	53
8. Võimalused Eesti konteksti arvestades pakkuda psüühilise erivajadusega isikutele toetust ja teenuseid nende elukoha põhiselt	59
9. Erihoolekandeteenuse osutajate ja kohalike omavalitsuste sotsiaaltöötajate koostöö võimalikud takistused juhul, kui psüühilise erivajadusega isikutele osutatakse teenuseid kohalikule omavalitsusele kuuluvatel sotsiaalpindadel – riskid, mis võivad ilmneda erihoolekandeteenuse	

osutajate ja omavalitsuste sotsiaaltöötajate võimalike funktsioonide jaotuse või vastutuse jagunemise puhul.....	69
VIII Ettepanekud ja esmased poliitikasoovitused Eesti erihoolekandesüsteemi korraldamise tõhustamiseks teiste riikide praktikate näitel.....	73
Kasutatud kirjandus.....	80
IX Lisad.....	84
Lisa 1. Erihoolekande korraldus Eestis	84
Lisa 2. Kohalike omavalitsuste ja Töötukassa spetsialistide ning teenusekasutajate ja -osutajate arvamused DI protsessi kohta Eestis - Intervjuude kokkuvõtted	95
Lisa 3. Deinstitutionaliseerimine ja kogukonnapõhiste teenuste arendamine Hollandis	133
Lisa 4. Deinstitutionaliseerimine ja kogukonnapõhiste teenuste arendamine Suurbritannias	144
Lisa 5. Deinstitutionaliseerimine Tšehhi Vabariigis.....	158
Lisa 6. Intervjuu küsimused teenusekasutajatele, -arendajatele-, osutajatele ja KOV sotsiaaltöötajatele	172
Lisa 7. Intervjuu küsimused tööandjatele.....	173
Lisa 8. Otsetoetuste ja isikustatud eelarve skeemid	174
Lisa 9. Erihoolekande teenuste kulumudel SA Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskuse näitel.....	181
Lisa 10. Isiku tasandi kulude ja tulude arvestus eri teenuseid kasutavate klientide kohta	185

Kokkuvõte

Euroopa ühiselt kokkulepitud suundumus ja Eesti erihoolekande arengukava 2014-2020 (2014)¹ üks eesmärgi on toetada erihoolekandeteenuste osutamist kogukonnas ja lähtuda teenuste arendamisel DI põhimõtetest. Institutsionaalset hooldust iseloomustab elanike ebapiisav kontroll enda elu ja seda puudutavate otsuste üle, piiratud osalemisvõimalused ühiskonnaelus ja tööhõives ning madalam elukvaliteet². Deinstitutionaliseerimine hõlmab muuhulgas paindlikuma, kättesaadavama, tulemuslikuma ja jätkusuutlikuma kogukonnapõhiste teenuste süsteemi arendamist. Eesti paigutus 2005. aastal³ institutsioonides elava elanikkonna osakaalu alusel Euroopa 28 riigi seas esimesele kohale. 2014. aastal⁴ elas 65% kõigist ööpäevaringsete erihoolekandeteenuste saajatest vanemat tüüpi asutustes.

2015. aasta sügisel Tallinna Ülikooli Ühiskonnateaduste instituudi läbi viidud uuringu eesmärk oli välja töötada lahendusettepanekud Eesti erihoolekandesüsteemi korralduse muutmiseks, arendamiseks, tõhustamiseks ja inimeste, kellel on psüühikahäire, iseseisva elamise toetamiseks lähtuvalt teiste riikide senisest praktikast ja Erihoolekande arengukava 2014-2020 eesmärkidest.

Sotsiaalministeeriumi määratud küsimustest lähtudes töötati välja kombineeritud meetodikal põhinev uurimus, mille raames analüüsiti (dokumendianalüüs ja ekspertintervjuud) rahvusvahelist DI kogemust seitsmes Euroopa Liidu liikmesriigis (Tšehhi, Slovakkia, Ungari, Rumeenia, Holland, Suurbritannia, Rootsi) ning kaardistati individuaal- ja rühmaintervjuude kaudu valmisolekut DI läbiviimiseks neljas Eesti piirkonnas (Tallinn ja Harjumaa, Pärnumaa, Tartumaa, Ida-Virumaa). Kokku intervjueriti 55 isikut, kelleks olid teenusekasutajad ja -osutajad, tööandjad, KOV spetsialistid, teenustearendajad, Töötukassa spetsialistid ja juhtumikorraldajad ning rahvusvahelised eksperdid.

Peamiste uurimistulemustena võib DI jätkamiseks Eestis välja tuua järgmised soovitusel:

Tänane süsteem on erihoolekandeteenuste keskne mitte inimeste keskne ning kohalike omavalitsuste vähese finantseerimisosalusega. Institutsioonipõhiste teenustega on harjunud nii ühiskond, spetsialistid kui ka teenuse kasutajad. Riigil on erihoolekandeteenuste tasumisel suur kulude kandmise osakaal ja omaosaluse tasub isik ise ning seda ei tajuta KOV-de poolt kohustusena. Valmidus iseseisvalt enda elu üle otsustada on samm-sammult kujunemas ning seda tuleb järelpädevalt toetada, et inimesed, kellel on psüühikahäire, nende lähedased, spetsialistide võrgustik ning kogukond ja kõik ühiskonnaliikmed DI olulisust ja sisu mõistaksid ning seda toetada oskaksid.

Oluline on lähtuda mõtteviisist, et kogukonnapõhine toetus on lisaks kaasaegsusele ja inimese õigustest lähtuvale heaolu toetamisele kogukonna ressurse paremini kaasav. Erinevad eluvaldkonnad (sh eluase, töötamine, õppimine, vaba aeg, sotsiaalsed suhted jne) ja eluperioodid (noorest

¹ Erihoolekande arengukava 2014-2020 (2014). http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Puudega_inimetele/erihoolekande_arengukava_2014-2020.pdf

² European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care (2012). Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care. <http://deinstitutionalisationguide.eu/>

³ Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study <http://inclusion-europe.org/en/projects/past-projects/decloc-report>

⁴ Sotsiaalministeerium. Erihoolekande arengukava aastateks 2014-2020. http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Puudega_inimetele/erihoolekande_arengukava_2014-2020.pdf

täiskasvanueast kuni vanaduseni ja ka lapse- ja noorukieas) peavad olema toetavate kogukonnateenustega kaetud.

Tänane seis on selline, et toimetulek perekondadel, mille liige on psüühikahäirega, on raske, sest teenuste kättesaadavus pole tagatud. Samas on KOVD piirkonna inimestele valmis ja motiveeritud teenuseid arendama, kuid praegu napib neil raha, teadmiste ja inimressurse. Peamised teenusepakkujad ja koostööpartnerid keskustest kaugemal asuvates piirkondades on SA Hoolekandeteenused, KOV ja Töötukassa. Toimib rahastusvõimaluste kombineerimise praktika.

Probleemiks on DI-ga seotud osapoolte vähene teadlikkus protsessist ja nende osast selles, sest osapooled pole ettevalmistamisse ja elluviimisse piisavalt kaasatud ning täpselt pole määratletud vastutus DI läbiviimise eest Eestis. Probleem on psüühikahäirega inimeste elu- ja tööalast tegevust toetava süsteemi kohta käiva teabe ebäühtlane kättesaadavus. Vaja on koondada toetusmeetmete informatsioon (Töötukassa, Sotsiaalkindlustusamet, KOV tasand, rehabilitatsiooni-, tervishoiu- ja hariduse valdkondade tugisüsteem) ühte andmebaasi ning teha see kõigile kättesaadavaks.

Tugevuseks, millele saab toetuda DI läbiviimisel, on, et Töötukassa on teinud omapoolseid ettevalmistusi DI tarvis ja tegeleb inimeste, kellel on psüühikahäire, tööhõive küsimustega, sh teenuste ja toetuste osutamisega nii erivajadustega töötajatele kui ka tööandjatele, kes neid tööle rakendavad. Tugevuseks võib pidada ka seda, et Eestis on teenuse osutajad regioonides, neil on praktilised kogemused teenuste osutamisel psüühilise erivajadusega inimestele. Nende häid kogemusi saab DI protsessis rakendada ja levitada.

Risk DI protsessis on, et kogukonnad pole valmis, pole olemas ühte retsepti, kuidas edasi minna ja kuidas kogukonna hoiakutega hakkama saada. Kindlasti on oluline jätkata teavitustööd hoiakute muutmiseks, et psüühilise erivajadusega inimesi kogukonda paremini integreerida. Selleks on vaja teha koostööd meediaga edulugude kajastamiseks ning kogukondade teadmatusel ja sellest tuleneval hirmul tugineva vastuseisu vähendamiseks. Vaja on tegeleda ka ametnike hoiakute muutmise, ametnike koolitamisega ning kogukonda naasvate inimeste ettevalmistamisega, et nad mõistaksid uut olukorda võimalusena ning oleksid teadlikud oma õigustest, võimalustest ja riskidest.

Võimaluste loomine ja toe pakkumine teenuse kasutajatele kogukondades on DI võtmeküsimus. Selle suunas tuleb liikuda ja seda toetavad ka Euroopa Komisjoni deinstitutionaliseerimise ekspertrühma sõnastatud põhimõtted.

Inimeste, kellel on psüühikahäire ja intellektipuue deinstitutionaliseerimiseks ja nende integreerumiseks kogukonda on vaja kujundada kõikide protsessi osapoolte, sh kohalike omavalitsuste, kogukonna elanike, teenuseosutajate, klientide õiguste eest seisvate organisatsioonide, tööandjate, seadusloojate ja protsessi finantseerijate ühine arusaam protsessist ning tagada kõikide osapoolte igakülgne kaasmine ja osalemine kaasrääkijatena.

Vaja on kaasata DI teise lainesse intensiivselt kohalikud omavalitsused, pannes neile vastutuse lõimumise eest. Vastutus DI läbiviimise eest peab olema teadvustatud, üheselt mõistetud ja aktsepteeritud ning läbi räägitud kõigi osapooltega.

Tuleb tagada, et kohaliku tasandi partneritel oleks juurdepääs arengut toetatavatele ELi vahenditele ja paindlikkus kujundada toetussüsteem kohalikele oludele vastavaks. MTÜde, uuenduslike algatuste ja eriti kasutajate juhitud organisatsioonide kaasamine on oluline ka seetõttu, et kasutada ära kõik kogukonnas peituvad ressursid. Deinstitutionaliseerimine ei saa olla administratiivne küsimus, millega tegelevad ainult poliitikud ja mõned valitud osapooled. See on liikumine, millesse on kaasatud kõik kogukonnad ja laiem elanikkond.

Erinevate maade DI protsessi analüüsides ja ekspertarvamustest tuli välja, et erihoolekandeteenuse edasisel arendamisel tuleks arvestada piirkondlikku tasakaalu ja vältida suurte teenuseüksuste, sisuliselt hooldekodude loomist, mis toetaks jätkuvalt institutsionaliseerimist läbi suurtele teenuseosutajatele eelise andmise toetuse saamisel. Vaja on arvestada väikeste erihoolekande arendajate algatustega ja investeerida uute teenuskohtade loomisesse, seda nii teenuste arendamiseks kogukondades kui vajadusel ka ööpäevaringse toetusega kogukonna kesksete teenuskohtade loomiseks.

DI protsessiks peavad olema valmis nii kutselised abistajad, kohalikud omavalitsused kui ka elanikkond. Kohtadel tuleb tegeleda kogukonnatervise küsimustega, maandada inimeste hirme ja kujundada positiivset kogukondlikku mõtteviisi, sh sallivaid hoiakuid ja tolerantsset käitumist.

NB! Võtmetegevus on siin kogukonna üle-eestiline ja piirkondades kohapeal tehtav teavitustöö ning õigeaegne infovahetus teenuste kättesaadavuse parandamiseks.

Eesti spetsialistid toonitasid intervjuudes, et vajalik on välja töötada selge süsteem laste, kellel on puue, toimetuleku toetamiseks liikumisel lapseast täiskasvanu ikka. Peale laste teenustesüsteemist lahkumist on tühimik ja teadmatuse ning institutsiooni liikumine ei ole paljudele peredele ja noorele sobivaks lahenduseks ning toob tagasilöögi senisele pikajalise tööle noorega. Küsimus on, kuidas peret aidata nii, et laps oleks kodule lähemal.

Teenuste osutamisel on oluline tagada selle kvaliteet ja avalik konkurents teenuste osutajate vahel. Intervjuudes teenuseosutajatega toodi välja, et praegu on teenuse osutamine väiksemate organisatsioonide jaoks pärsitud, sest nad ei suuda konkureerida üle-eestilisel turul monopoolses seisundis oleva ööpäevaringset hooldusteenust osutava AS Hoolekandeteenustega. Hinnad, mida riik teenuste osutajale maksab, ei ole väiksematel teenuse osutajatel ja AS Hoolekandeteenustel erinevad, kuid ebavõrdsust tajutakse erinevates teenuste lepingute mahtudes, kus suuremad mahud tagavad parema käibe ning eelised konkurentsipüsivuse.

Vaja on arendada välja üle-eestiline teenuse osutajate võrgustik, mis tagaks klientide teenindamise kogukondades. Sellega saavad klientide toetamisel koos töötada piirkondlikud Töötukassa ja SKA üksused. See motiveeriks teenuse osutajaid rohkem panustama ja investeerima, toimiv koostöö võrgustikus tagaks teenuste jätkusuutlikkuse ja organisatsioonide stabiilsuse.

Et tagada teenuste võrdset kättesaadavust, on vaja välja töötada kogukonnas osutatavate teenuste rahastusmudel, mis toimiks ja oleks jätkusuutlik. Eestis soovime kasutada laiaulatuslikku kaasfinantseerimise struktuuri koos kohalike omavalitsuste, teenuste kasutajate ja osutajate suurema kaasatusega. Selle asemel, et näha rahastamises tehingut riigi (või erinevate omavalitsuse tasandite) ja teenuse osutajate vahel, soovime kasutada mitmepoolset skeemi, tunnustades kõigi osapoolte mõju ja vastutust. Pakume välja mudeli, mis toetub inimestele ja kogukonnale. Inimesi saab jõustada, tagades neile eluks ja vajalike teenuste ostmiseks vajalikud vahendid. Kohalikke omavalitsusi tuleb innustada ja jõustada, loomaks rohkem 'hoolivamat ja kaasavam kogukonda'. Selleks peavad nad ka riigilt vahendeid saama.

Seoses DI-ga on vaja inimestele kättesaadavaks teha realselt kogukonnas elamise teenusena ja toetatud elamiseteenus koos elamisepinnaga (nt KOV või teenuse osutaja elamisepinnal), arendades kohalikke ressursse, koolitades ja nõustades potentsiaalseid teenuseosutajaid ja kaasates vajadusel kohalikku kapitali. Klientidele peaks olema kättesaadav täiendav abi kogukonnas, nt mobiilne spetsialistide meeskond, kuhu kuuluvad vaimse tervise õde, psühhiaater ja sotsiaaltöötaja. Oluline on meeskonna mobiilsus ja ka kogukonna tervisedenduse temaatika. Kui tuua kliendid kogukonda, kuid iseseisvat elamist ei toeta tervishoiuteenused kogukonnas ja sotsiaalteenused, mida inimene iseseisvuse toetamiseks vajab, siis süsteem toimima ei hakka.

Eestis soovime kutsealaste rehabilitatsiooniteenuste osutamisel keskenduda lahendustele, mis on suunatud avatud tööturuga lõimumisele. Kutsealase koolituse programmid (nt Astangu Rehabilitatsioonikeskuses) on väga efektiivsed ja muljet avaldavate tulemustega. Eesti jaoks on aga probleem, et tulenevalt praegusest seadusandlusest on need koolitused üldisest kutseõppest eraldi, mis põhjustab puuetega inimeste eraldatust ja eemalõugutust. Tööõimereformi raames soovime omavahel tugevamalt siduda Töötukassa ja innovaatilised teenuste pakkujad, tunnustades nende kogemusi ja töö tulemusi. Samas tuleb saavutada, et koordineeritud ja hoolsalt juhitud protsess tagaks, et antud valdkonnas tegutsevad alati kõige efektiivsemad ja innovaatilisemad teenuste pakkujad.

Tööandjate motiveerimine ja reformidesse kaasamine on väga oluline. Praegune süsteem on liiga jäik, ettevõtted vajavad raha taotlemiseks paindlikumat e-lahendustel põhinevat süsteemi. Lisaks füüsilistele ümberkorraldustele tuleb rõhku panna koostöö tõhustamisele kohalike omavalitsustega ja teenuseosutajatega ning ka uutele töömeetoditele. Samuti vajavad selles valdkonnas rohkem koolitust nii tööandjad kui ka Töötukassa spetsialistid.

DI protsessis on peamised küsimused tööteenuste kättesaadavus ja valmisolek teenusel osalemiseks. Selles osas on vaja klientide motivatsiooni ja valmisolekut tõsta. Oluline on hoiakute muutus, mis julgustaks puudega inimesi tööle minema, samuti töö puudega laste vanematega, et nad julgeksid lasta lastel iseseisvuda. Laiendama peab juhtumikorraldajate koostööd pereliikmetega.

Teenuste osutamisel tuleb tõhustada järelevalvet kvaliteedi ja läbi viidavate hangete (sisu) osas, et teenused paremini toimiksid. Probleemina nähakse teenuseid osutavate institutsioonide osalemist hangetes, mis sageli ei õnnestu, sest pakkumisi tuleb vähe ja hanked pole kvaliteetse tehnilise sisuga ega ka jätkusuutlikud. Hankeid võivad liiga odavad pakkumised ja see pole jätkusuutlik. Teenust osutatakse teenuse pärast ja tegelikult inimene abi, mida vajab, ei saa (teenuse kvaliteet muutub teisejärguliseks). Näitena võib siin tuua tööharjutusteenust jt psüühikahäirega inimeste elu- ja töötegemist toetavaid teenuseid, kelle lepingud baseeruvad pakkumiskonkurssidel. Odavaima pakkuja valimine ei pruugi tähendada teenuste optimeeritud osutamist ega ka kvaliteeti teenuste kättesaadavuse tagamisel.

Uurimusest selgus, et DI-ga seotud ametiisikud ja ka erinevate organisatsioonide, sh teenuse osutajate ja saajate esindusorganisatsioonide esindajad pole piisavalt tõstatanud õigusküsimuste tähtsust edukal deinstitutionaliseerimisel. Tähelepanu fookuses on peamiselt korralduslikud ja majanduslikud küsimused, kuid peamine eesmärk – tagada isikute põhiõigusi – on jäänud tahaplaanile. Suuremat tähelepanu tuleb hakata pöörama inimõigustele ja puuetega inimeste õiguste konventsiooni põhprintsipiidele.

Kuna seadusandlikult puudutab DI mitmeid õigusakte, sh tööseadusandlust, võlaõiguslikke suhteid, eestkoste seadmist ja teovõime piiramist, samuti peresuhteid ja finantsküsimusi, on edukaks protsessiks tarvis detailsemalt analüüsida õigusakte. Alles seejärel on võimalik edasi liikuda kokku lepitud DI sotsiaalsete eesmärkide ja põhimõtete suunas.

Riigi kulude seisukohalt on psüühilise erivajadusega, aga töötav isik vähima rahalise koormusega, kuna ta on ka maksumaksja. Samas on mõistlik ka mittetöötavale, kuid iseseisvalt igapäevaeluga toime tulevale psüühilise erivajadusega inimesele võimaldada iseseisev elamine, nt deinstitutionaliseerimise järel esmalt korter sotsiaalmajas või -pinnal, kus on olemas iseseisvat elamist, töötamist ja õppimist ning sotsiaalseid suhteid ja kogukonnas toimimist tagav toetus või isikliku elamispinna soetamine KOVi nõustamisel, toetusel. Taoline igapäevane toetus jääb kulukuselt alla institutsionaalsele hooldusele minevatele kuludele, samas toetab jätkusuutlikku lahenduse leidmist ning DI printsiipe ja võrdsete võimaluste tagamist.

Summary

The aim to support special care services' provision in community and to develop services based on deinstitutionalisation (DI) principles are jointly agreed directions in Europe and in Estonia (Erihoolekande arengukava 2014-2020, 2014)⁵. Institutional care has been characterised by inhabitants' insufficient control over their life and decisions, limited participation in society, in labour market and lower quality of life (European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care, 2012)⁶. DI concerns development of more flexible, achievable, effective and sustainable service system. In 2005 the proportion of Estonian population living in institutions among 28 European states was the highest⁷. In 2014 65% of clients in special care 24 hours services in Estonia lived in older type institutions⁸.

The aim of study conducted by Tallinn University School of Governance, Law and Society in autumn 2015 was to provide suggestions for solutions to change, develop and optimise Estonian special care system based on the principles as supporting independent living of persons with psychiatric special needs and implementing principles referred in „Erihoolekande arengukava 2014-2020“.

The combined research design based on research questions given by Ministry of Social Affairs was conducted in three stages: (1) analysis based on international data (expert interviews in eight EU member states) and document analysis, (2) analysis based on data collected in Estonia via individual and focus group analysis (four regions as Tallinn and Harju county, Pärnu county, Tartu county and East-Viru county were involved); in total 55 persons were interviewed and the sample contained service users, service providers, employers, social welfare specialists from local municipalities, service developers, specialists and case managers from Töötukassa; (3) combined and integrative data analysis on collected qualitative and quantitative data.

Based on collected and analysed data the following suggestions for continuing with supporting DI process has been given:

Current system is focused on special care services provided in / by institutions and for dreen of charge – society, specialists and service users have used with it. **Readiness for decision making over own life** is in process and this must be continuously supported in purpose that persons who will move to live and cope in communities, their relatives, official assistance-network and society in total **could understand and could support** the DI process.

The community-based support is modern, supports persons' wellbeing based on basic rights and enables to optimise costs / use of resources, **to „save money“**.

All life dimensions / domains (housing, working / education, social relations and spare time) and **all life stages** (children, young grown ups, working age, elderly) need to be covered with appropriate and achievable community-based services.

⁵ Erihoolekande arengukava 2014-2020 (2014). http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Puudega_inimetele/erihoolekande_arengukava_2014-2020.pdf

⁶ European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care (2012). Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care. <http://deinstitutionalisationguide.eu/>

⁷ Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study <http://inclusion-europe.org/en/projects/past-projects/decloc-report>

⁸ Sotsiaalministeerium. Erihoolekande arengukava aastateks 2014-2020. http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Puudega_inimetele/erihoolekande_arengukava_2014-2020.pdf

Today the **burden on families** (with relative with need for special care services) is too heavy due to the fact that the **achievability of necessary services are not assured**. Local municipalities are ready and motivated to provide services, but they are lacking resources for it (financial, qualified human resources). The main service providers in local level for persons with psychiatric special needs are local municipality, the main service provider SA Hoolekandeteenused and Töötukassa. The practice which works is smart combining of different financial opportunities.

One problem is **low awareness** about DI process among stakeholders linked with the content of DI process. They have not been involved enough and they do not understand their role in it. The task of communicating information effectively to the key persons is urgent to be fulfilled. Suggestion: to collect all relevant data about different support measures for different key persons into one easily manageable data system and to inform stakeholders about it.

The strengths on what the DI process should use and rely on are the **existing service providers** in different Estonian regions who are ready and motivated to develop and provide necessary services; many of them has already experiences in this field and these good **Estonian context-based** working practices should be mapped and shared.

Risks and weaknesses: communities are **not ready** (increasing awareness is the prior topic), the attitudes in communities are negative (feed by fears, media should be involved in informing); specialists in local municipalities and also in potential service-providing institutions need specific trainings and also **change in attitudes**. And one very important point – it is needed to work with persons who will go to communities – to work with their attitudes and strengths and awareness of their rights and opportunities in communities, so that they could be the agents of „attitudes´ change“.

The resources for community-based services development and provisions need to be available for local municipalities (incl EU resources), for NGOs (who have created and who are able to establish creative and effective solutions), for other current / potential service developers. The methods for **activating communities** and mapping community resources need to be implemented. DI is not only a administrative action, this is community-level question and process where everybody should be involved.

All effective, qualitative, knowledge /evidence-based methods using service providers must have the option to applicate for financial resources and to provide community-support services. The strategy of financing must support the availability of services (incl creating service providers´ network in different regions), creative solutions and **avoid feeding huge, monopol institutions**.

The key-aspect is content-rich and **cohesive cooperation between different regions, fields** (healthcare, social care, education, Töötukassa, Sotsiaalkindlustusamet etc), different sectors (public, private, third). All stakeholders need to understand their role in DI process and the positive effect of cooperation, sharing knowledge and skills.

The sustainable financing model should based on the principles of sustainability and efficiency, **not forgetting the person in the middle of this system**. The smartly combined and solidarily shared financing model must be linked with public costs by state (due to the fact that local municipalities capabilities are regionally different), but could / should be integrated with local municipalities´ and service users´ (appropriate and rational) input. The responsibilities and decision-making rights should be shared. But persons with psychiatric special needs need to have resources to pay for their services. Local municipalities which have been focused on establishing more caring and integrating community – should be **financially supported by state with relevant budgets**.

The **sufficient selection of supportive services need to be available in all communities**, not depending on the regional location and the capability / size of local municipality. The preconditions for successful DI process in personal / micro level are: achievability of **mental health care services** (incl psychiatry, mobile mental health teams, mental health nurses, kogemusnõustamine etc), **housing services** (supported housing, social housing etc), supportive services for learning (education) and

working (labour market services). It must be easy to move to community and to **develop coping abilities step-by-step** and to move also one step back and then try to again (in the case of **relapse**).

All community-based services, but especially **vocational rehabilitation** services should be focused on integrating persons (at least step-by step or directly) **with (open) labour market**. Specific training programmes (i.e in Astangu Vocational Rehabilitation Centre) are effective. Among „Töövõimereform“ the suggestion is to integrate innovatic / creative service providers more tightly with Töötukassa and to involve them into DI process.

In purpose to **motivate employers** the suggestion is to **estabilish a datebase** which contains information about all supportive measures / benefits / services for employers. It need to be easy to find necessary information, to get to know good examples, to ask advice and to be aware of specific training opportunities. The bureaucracy of applying for supportive measures should be decreased to minimum.

In addition to previous aspects strategically smart DI process involves work with other related questions as (1) **work with families** where relative with psychiatric special needs needs the opportunity to get out to community and family does not support it; (2) preparational work with persons with psychiatric special needs **in institutions** – as preparation stage before moving to community.

Officials and different organisations related with DI process have not put into strong focus the question of **juridical aspects** which could support the success of DI process in Estonia. The focus have been mainly on organisational and economical aspects, but not on the main goal of DI (ensuring / protecting basic rights of persons with special needs). There are several juridical acts which are more intensively related with DI process (linked with working conditions, family relations, financial questons etc). Therefore it is suggested in near future to analyze in detail these juridical acts which create the framework where DI process will be implemented. After that it is possible to move forward to fulfill the goals and implement the principles of DI.

From the viewpoint of public expenditures / state **costs optimisation** - the most sustainable way is to support involvement in (open) labour market. Working person (also persons with psychiatric special needs) are taxpayers and via work more integrated into society and more linked with community. And even if the person is not yet ready to be give his / her input in labour market, it is rational to support his / her living in community in supported social apartment / in social housing. There exists the necessary assistance to support the person's independent living, working / education, social relations and coping in community. This support is economically reasonable choice which ensures more sustainable solutions, achievement of DI purposes and **ensuring equal rights**.

I. Uuringu eesmärk ja sihtrühm

Euroopa hoolekandesüsteemi keskmises on viimastel aastakümnetel olnud üleminek institutsionaalselt haavatavate inimeste hoolekandelt kogukonnapõhisele. Perioodil 2014-2020 sai deinstitutionaliseerimine (DI) üheks Euroopa Komisjoni peamiseks prioriteediks, et edendada reforme puute ja vaimsete häiretega inimeste hoolekandes ka ELi ühtluspriirkondades (mille SKT on alla 75% ELi keskmisest).

Aastatel 2007 – 2013 on Eesti, nagu ka paljud teised Ida-Euroopa riigid, viinud ellu deinstitutionaliseerimise esimese etapi. ELi uuel eelarveperioodil alustatakse teise etapiga, et üleminekuga jätkata ja see loodetavasti ka lõpetada. Käesolevas uuringus püüame anda ülevaate erinevate Euroopa riikide kogemustest, tuues välja sealsed parimad praktikad ja võimalikud kitsaskohad.

Uuringu sihtrühm on psüühilise erivajadusega täisealiseid, kellel on tuvastatud raske, sügava või püsiva kuluga psüühikahäire ning hinnatud erihoolekandeteenuse vajadus.

Uuringu eesmärk on saada teiste riikide praktikale tuginedes ettepanekuid Eesti erihoolekande süsteemi korralduse muutmiseks, arendamiseks ja tõhustamiseks ning psüühilise erivajadusega inimeste iseseisva elamise toetamiseks.

Käesolev uuring viidi läbi Eesti Vabariigi Sotsiaalministeeriumi tellimusel.

II Uurimisküsimused

Lähtudes Hankija tõstatatud ja põhjendatud uurimiseesmärkidest ja –küsimustest on käesolevas uurimuses püstitatud allolevad uurimisküsimused. Nende alusel toimus andmete kogumine, analüüs ning tulemuste esitamine käesolevas raportis.

- Milline teenuste süsteem jm korraldus tagab teiste riikide näitel kõige parema tulemuse psüühilise erivajadusega inimeste kogukonnapõhisele hooldusele üleminekul? Millist tüüpi teenuseid selles süsteemis osutatakse? Milline on süsteemi rahastamise korraldus riigi ja kohaliku omavalitsuse tasandite vahel?
- Mis on teiste riikide süsteemide tugevused ja puudused, sh eristades teenuse osutamise viise (nt kogukonnas, külades, institutsioonides) ning mõju toetavaid ja institutsionaalseid teenuseid saavatele psüühilise erivajadusega inimestele?
- Millised on kogukondade riskid, kuidas neid maandatakse teiste riikide näitel? Kas ja milliseid tegevusi on rakendatud hoiakute muutmiseks, et psüühilise erivajadusega inimesi kogukonda paremini integreerida, milliseid tegevusi saaks Eestis rakendada?
- Milliseid muudatusi tuleks Eesti erihoolekandesüsteemis ellu viia, et soodustada psüühilise erivajadusega isikute integreerimist kogukonda, arvestades teiste riikide parimaid praktikaid?
- Milline teenuste struktuur, juhtimise ja korralduse süsteem, jätkusuutlik rahastamise mudel, õigusraamistik, erinevate tasandite ja sektorite vaheline koostöö ja integratsioon on

optimaalseim Eesti erihoolekandesüsteemi tõhustamiseks tuginedes teiste riikide praktikale? Milliseid tegevusi oleks vaja teenuste rakendamiseks ellu viia (nt spetsialistide koolitamine)?

- Millised võimalikud mõjud kaasnevad optimaalse korralduse rakendamisega, arvestades Eestis kehtivaid seadusi (sh Euroopa Sotsiaalfondi, riigihangete nõudeid)? Milline on mõju riigieelarvele (sh halduskoormus riigile ja kohalikule omavalitsusele)? Milline on mõju psüühilise erivajadusega inimeste iseseisvast toimetulekust lähtuvalt?
- Millised on võimalikud lahendused, et tõhustada koostööd (sh vastutuse jaotus) erinevate institutsioonide ning osapoolte vahel nagu psüühilise erivajadusega erihoolekandeteenust saav isik, riik, kohalik omavalitsus, erihoolekande teenuse osutaja, rehabilitatsiooni teenuse osutaja?
- Millised võimalused on Eesti konteksti arvestades pakkuda psüühilise erivajadusega isikutele toetust ja teenuseid nende elukoha põhiselt?
- Juhul, kui psüühilise erivajadusega isikutele osutatakse teenuseid kohalikule omavalitsusele kuuluvatel sotsiaalpiindadel (päevakeskused, sotsiaaleluruumid) jne, siis millised oleksid erihoolekandeteenuse osutajate ja kohalike omavalitsuste sotsiaaltöötajate koostöö võimalikud takistused? Millised riskid võivad ilmned erihoolekandeteenuse osutajate ja omavalitsuste sotsiaaltöötajate võimalike funktsioonide jaotuse või vastutuse jagunemise puhul?

III Uuringu metoodika

Lähtudes küsimuste mitmetahulisusest kasutati uuringu läbiviimiseks kombineeritud meetodit, mille eesmärk oli saada põhjalik ülevaade erinevat tüüpi erihoolekandeteenuste korraldusest tuginedes teiste riikide praktikatele.

Uurimus viidi läbi kolmes etapis: 1) *Desk-study* analüüs rahvusvahelise DI protsessi kohta välisriikides; 2) kvalitatiivne andmekogumine Eestis (fookusgrupi intervjuud ja süvaintervjuud DI protsessi läbi viivate institutsioonide spetsialistidega, teenuseosutajatega, klientidega, tööandjatega ja KOV spetsialistidega); 3) olemasolevate kvalitatiivsete ja kvantitatiivsete andmete analüüs ja süntees. Uurimisküsimuste püstitamisel lähtuti Hankija tõstatatud ja põhjendatud uurimiseesmärkidest ja –küsimustest.

Uurimusele tuginedes tehakse ettepanekuid Eesti süsteemi tõhustamiseks. Raportis tuuakse järeldused välja sihtrühmade eripärast tulenevate soovitusena erihoolekandeteenuse korralduse ning psüühilise erivajadusega inimeste iseseisva toimetuleku parandamiseks arvestades erinevaid sihtrühmi, sh praeguseid toetavate teenuste ja institutsionaalsete teenuste saajaid.

IV Uurimuse läbiviimine

1) Desk-study analüüs rahvusvahelise DI protsessi kohta põhineb kättesaadava teabe uuringul ehk teiseste allikate läbitöötamisel (*desk research*), keskendudes olulisematele poliitikadokumentidele, mida on täiendatud uuringusse kaasatud riikide võtmeekspertide intervjuudega. Käesoleva uuringu raames kasutatakse deinstitutionaliseerimise ja kogukonnas elamise terminoloogia ja määratluse

seadusandliku taustana ÜRO Puuetega Inimeste Õiguste Konventsiooni ja lähtutakse samas ka Euroopa ekspertgrupi⁹ juhenditest kui poliitikasoovitustest.

Analüüsi on valitud 7 Euroopa riiki:

- Tšehhi
- Slovakkia
- Ungari
- Rumeenia
- Holland
- Suurbritannia
- Rootsi

Valitud Ida-Euroopa riigid võimaldavad vaadelda DI edusamme ja probleeme, samas kui Lääne-Euroopa riikide puhul on võimalik analüüsida nende kogukonnapõhise hoolekande uusimaid arenguid. Kätesaadava teabe analüüsil on kasutatud ÜRO Konventsiooni järelvalvesüsteemi. Konventsioon nägi ette süstemaatilise järelvalvesüsteemi loomise, mida juhib puuetega inimeste õiguste komitee. Komitee koosneb 18-st sõltumatust eksperdist¹⁰ ning teostab järelvalvet ÜRO Puuetega Inimeste Õiguste Konventsiooni elluviimise üle. Puuetega inimeste õiguste komitee järelvalveprotsess on esitatud tabelis 1.

Tabel 1. Puuetega inimeste õiguste komitee järelvalveprotsess

Riik/ Dokument	Esialgne raport	Lahendamist vajavate küsimuste loetelu	Vastused lahendamist vajavate küsimuste loetelule	Lõppmärkused
Suurbritannia	Esitatud	-	-	-
Rootsi	Esitatud	Esitatud	Esitatud	Esitatud
Holland	-	-	-	-
Tšehhi	Esitatud	Esitatud	Esitatud	Esitatud
Ungari	Esitatud	Esitatud	Esitatud	Esitatud
Slovakkia	Esitatud	-	-	-
Rumeenia	-	-	-	-
Eesti	Mustand	-	-	-
EL	Esitatud	Esitatud	Esitatud	Esitatud

⁹ Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community Based Care <http://deinstitutionalisationguide.eu/> (viimati allalaetud: 26. september 2015)

¹⁰ <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/Membership.aspx> (viimati allalaetud: 26. september 2015)

Kolmes valitud riigis (Rootsi, Tšehhi, Ungari) on järelevalve esimene ring juba lõppenud, samas kui kahes riigis (Holland, Rumeenia) ei ole see veel alanud. Oleme uuringus kasutanud ka Eesti esimese riikliku raporti mustandversiooni andmeid ja vaadeldud ELi kui juriidilise üksuse järelevalveprotsessi.

Järelevalve on põhjalikult dokumenteeritud suhtlus erinevate riikide ja komitee vahel. Iga riik koostab esialgse raporti, kus esitab ülevaatliselt kõik oma pingutused konventsiooni elluviimisel. Komitee koostab vastusena sellele raportile lahendamist vajavate küsimuste loetelu ja igal riigil on võimalik sellele küsimuste loetelule vastata. Korraldatakse ka ametlik näost-näku kohtumine ja seejärel avaldab komitee oma lõppmärkused. See järelevalvesüsteem loob hea võimaluse Puuetega Inimeste Õiguste Konventsiooni elluviimist detailselt jälgida.

Analüüsis on pööratud erilist tähelepanu konventsiooni artikli 19 elluviimisele, mis puudutab iseseisva toimetuleku ja kogukonda kaasamise õigust.

Paljude riikide puhul on olnud lisaks ametlikult esitatud ja avaldatud järelevalveprotsessi dokumente võimalik analüüsida ka teisi deinstitutionaliseerimist puudutavaid raporteid ja sõltumatu uuringuid.

Lisaks on igas riigis läbi viidud intervjuud võtmeekspertidega täiendamaks kättesaadava teabe uuringuga kogutud infot ja saamaks vastuseid esitatud küsimustele. Intervjuud viidi läbi Skype'i või e-kirja teel kasutades meetodina pool-struktureeritud intervjuud.

Intervjueeritud võtmeekspertid:

- **Tšehhi:** Jan Pfeiffer – psühhiaater, paljude kogukonnapõhiste initsiatiivide algataja Tšehhi Vabariigis, endine Euroopa ekspertrühma juhataja.
- **Slovakkia:** Maria Machajdíkóvá – teadur, SOCIA Fond.
- **Ungari:** István Sziklai – teadur, ELTE Ülikool, sotsiaalteaduskond.
- **Rumeenia:** Elena Tudose – teadur, Halduspoliitika Instituudi programmijuht Bukarestis.
- **Holland:** Dr Els Overkamp – vanemteadur, Sotsiaalse innovatsiooni uurimiskeskus.
- **Suurbritannia:** Dr Nick Hervey - vaimse tervise süsteemi ajaloo ekspert, endine vaimse tervise ja sotsiaalhoolekande valdkonna juhataja.
- **Rootsi:** Lars-Göran Jansson – direktor, Göteborgi piirkonna kohalike omavalitsuste liit, Euroopa sotsiaälvõrgustiku asejuhataja.

2) Kvalitatiivne andmekogumine Eesti DI protsessiga seotud osapooltelt (fookusgruupiintervjuud ja süvaintervjuud DI protsessi läbi viivate institutsioonide spetsialistidega, teenuse osutajatega, klientidega, tööandjate ja KOV spetsialistidega).

Intervjuud viidi läbi järgmiselt:

1. Intervjuu Tallinna linna ja Harjumaa teenusekasutajatega, -arendajatega-, osutajatega ja KOV sotsiaaltöötajatega (**TLHA I**) viidi läbi Tallinna Ülikooli ruumis A-354 (aadressil Narva mnt 29), 23. oktoobril 2015 kell 9.30.-11.30. Rühmaintervjuul osales 8 inimest: 1 teenusearendaja Tallinna Sotsiaal- ja Tervishoiuametist, 1 rehabilitatsioonimeeskonna juht TVTK-st, 1 tegevusjuhendaja TVTK-st, 1 tugikodu juht TVTKst, 1 teenuseosutaja - SA Autistica juhataja, 2 Tallinna linnaosavalitsuse (Kristiine ja Mustamäe) sotsiaaltöö spetsialisti ja 1 kogemusnõustaja-teenusekasutaja TVTK-st.

Intervjueerijad: Koidu Saia

2. Intervjuu Tallinna linna ja Harjumaa tööandjatega ja Eesti Töötukassa juhtumikorraldajaga (**TLHA II**) viidi läbi 20. oktoobril kell 10-11.30 Tallinna Ülikoolis ruumis A-354 (aadressil Narva mnt 29). Rühmaintervjuul osales 4 inimest: 3 tööandjat (ühe suure kauplusteketi personalijuht, 1kohvikuteketi omanik ja personalijuht, 1 erivajadustega inimeste tööle saamist toetava SA esindaja) ja 1 Töötukassa Tallinna piirkonna juhtumikorraldaja.

Intervjueerijad: Koidu Saia ja Anu Rahu

3. Intervjuu Töötukassa (**JTK**) Jõhvi kontoris aadressil Rakvere tn 8 viidi läbi 5. novembril 2015 kell 13.00-15.00. Rühmaintervjuul osales 6 inimest: 1 Töötukassa juhtivkonsultant; 1 I juhtumikorraldaja I (klienditöö + töö ettevõtjatega) ja 4 juhtumikorraldajat II (töö erivajadusega klientidega + ettevõtjatega). Kõigil spetsialistidel on läbitud juhtumikorraldaja täienduskoolitus (läbi viidud TÜ Pärnu kolledži poolt aastatel 2006-2009) ja „Puudega inimeste teenindamise koolitus“. 2015. aasta lõpus ja 2016. alguses osaletakse „Rehabilitatsioonikoolitusel Eesti Töötukassa juhtumikorraldajatele“.

Intervjueerija: Marju Medar

4. Intervjuu Ida-Virumaa Puuetega Inimeste Kojas (**JPIK**) aadressil Jõhvi, Kaare -7, kus asub ka Jõhvi Puuetega Inimeste Päevakeskus, viidi läbi 5. novembril 2015 kell 10.00-12.00. Rühmaintervjuul osales 3 inimest: MTÜ Puuetega Laste Tugikodu Päikesekiir tegevjuht (lõpetanud TÜ Pärnu kolledži sotsiaaltöö korralduse eriala 2003. a), Jõhvi vallavalitsuse sotsiaalteenistuse juht (lõpetanud Lääne-Virumaa rakenduskõrgkooli sotsiaaltöö eriala 2011. a) ja Ida-Virumaa Puuetega Inimeste Koja juht, MTÜ Virumaa Nõustamis- ja Aktiviseerimiskeskuse (Jõhvi valla ja Mäetaguse valla koostöös loodud keskus)juht (lõpetanud TLÜ sotsiaaltöö eriala 1999. a).

Intervjueerija: Marju Medar

5. Fookusgrupi intervjuu klientidega ja teenuseosutajatega Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskuses (**TVTHK**) 5.11.2015. Osales 8 inimest, sh 2 klienti, 2 KOV esindajat, 2 kliendiga töötavat tegevusjuhendajat ja 2 teenuseosutajat. Kliendid olid Maarja külas kogukonnateenusel elavad ja puhastusteenuste valdkonnas tööd tegevad inimesed. KOV esindajatena olid kaasatud Tartu LV spetsialistid, tegevusjuhendajatena Tartu Vaimse Tervise Keskuse spetsialistid ning teenuseosutajatena Tartu Vaimse Tervise Keskuse juht ning valdkonna arendaja/koolitaja.

Intervjueerijad: Dagmar Narusson ja Indrek Sooniste

6. Intervjuu Pärnu Haigla Psühhiaatriakliiniku Päevakeskuses (**PHPP**) aadressil Pärnu, Ristiku tn 1, viidi läbi 6. novembril kell 10.00-12.00. Rühmaintervjuul osales 3 inimest: 1 tegevusjuhendaja, kes ka tugiisik, 1 sotsiaaltöötaja, kes tugiisik ja rehabilitatsioonimeeskonna liige ning päevakeskuse juhataja.

Intervjueerija: Marju Medar

7. Intervjuu Pärnu Töötukassa ruumides Pärnus (**PTK**), Hommiku tn 1 viidi läbi 6. novembril 2015 kell 10.00-11.15. Rühmaintervjuul osales 4 inimest: Töötukassa Pärnu kontori juhataja, 1 teenusekonsultant, 1 juhtumikorraldaja ja 1 juhtivkonsultant.

Intervjueerija: Kersti Kriisk

8. Individuaalintervjuu valdkonna eksperdiga (**KK**), kellel on sotsiaalministeeriumi spetsialistina ja õppejõuna töötamise kogemus viidi läbi TÜ Pärnu kolledžis 6. novembril 2015 kell 13.00-13.30.

Intervjueerijad: Marju Medar ja Kersti Kriisk

9. Individuaalintervjuu valdkonna eksperdiga (**KM**), kellel on psüühiliste erivajadustega inimeste terapeudi (individuaal ja grupitöö) ja koolitamise kogemus, viidi läbi TÜ Pärnu kolledžis 6. novembril 2015 kell 13.45-14.15.

Intervjueerijad: Marju Medar ja Kersti Kriisk

10. Individuaalintervjuu tööandjaga toimus Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskuses (**TVTHK**) 16.11.2015. Intervjueeritavaks oli 1 keskkonnateenuseid osutava ettevõtte esindaja, kelle vastutusala on logistika ja personalitöö (tööstaaž 10 a, sh teinud koostööd Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskuse sorteerimisrühmaga seitse aastat).

Intervjueerijad: Dagmar Narusson ja Indrek Sooniste

11. Individuaalintervjuu teenuseosutajaga (**LEHK**) toimus Tallinna Ülikoolis 06.01.2016 kell 14.00.-15.45. Intervjueeritavaks oli AS Lõuna-Eesti Hooldekeskuse juhataja, kes on 7 aastat tegeleenud erihoolekandeteenust „ööpäevaringne erihoolekandeteenus“ osutava asutuse juhtimisega ja on ka volikogu juht omavalitsuses. 2016.a jaanuari seisuga ostab riik sellelt teenuseosutajalt teenust 154 inimesele, kokku on teenust osutatud umbes 350 inimesele erihoolekandes).

Intervjueerijad: Marju Medar, Koidu Saia (transkribeeris intervjuu, helisalvestamist ei toimunud).

12. Kirjalikult vastasid intervjuu küsimustele AS Hoolekandeteenused juht ja spetsialistid (**AS Hoolekandeteenused**) perioodil 25.01-01.02.2016.

Kokku osales intervjuudes 60 inimest (vt tabel 2).

Tabel 2. Intervjuudes osalenud respondendid regioonide ja tegevusvaldkondade lõikes

	Tallinn ja Harjumaa	Pärnumaa	Tartumaa	Ida-Virumaa	Välisriigid
Teenuseosutaja	6	1	3	2	2
Tööandja	3	-	1	-	-
KOV spetsialist/ teenuse arendaja	3	-	2	1	1
Ekspert	-	2	-	-	7
Klient	1	-	2	-	-
Töötukassa spetsialist/ Juhtumikorraldaja	1	4		6	6
Tegevusjuhendajad/tugiisikud	2	2	2	-	-
Kokku	16	9	10	9	16

3) Olemasolevate kvalitatiivsete ja kvantitatiivsete andmete analüüs ja süntees. Analüüsi tulemused esitatakse raportis eraldi Eesti andmete analüüsina ja rahvusvahelise kogemuse ülevaatenä deinstitutionaliseerimisest ja kogukonnapõhiste teenuste arendamisest teistes riikides. Andmete analüüsimisel ja esitamisel on lähtutud uurimisküsimustest.

Arutelu peatükis diskuteeritakse peamiste uurimistulemuste üle ja raporti ettepanekute osas tehakse ettepanekuid Eesti erihoolekandeteenuse korralduse süsteemi tõhustamiseks ning psüühilise erivajadusega inimeste iseseisva toimetuleku parandamiseks.

V Vastused uurimisküsimustele

1. Teenuste süsteem jm korraldus, mis tagab teiste riikide näitel kõige parema tulemuse psüühilise erivajadusega inimeste kogukonnapõhisele hooldusele üleminekul: Teenuste osutamise tüübid, rahastamise korraldus riigi ja kohaliku omavalitsuse tasandite vahel

DI ja kogukonda kaasamise määratlused

Samal ajal, kui kõik asjakohased dokumendid rõhutavad deinstitutionaliseerimisele ja kogukonda kaasamisele pühendumise tähtsust, pole olemas nende mõistete ühtset määratlust.

ÜRO Puuetega Inimeste Õiguste Konventsiooni artikkel 19 läheneb iseseisva toimetuleku ja kogukonda kaasamise küsimustele võrdsete õiguste vaatenurgast. Seal ei mainita deinstitutionaliseerimist kui asjakohast poliitikat, millega need võrdsed õigused tagada, vaid rõhutatakse iga poliitikameetme soovitud tulemust, mis peab võimaldama vabalt elukohta valida ja juurdepääsu kodu- ja elukohajärgsetele kogukonnapõhiste tugiteenustele.

„Artikkel 19 - Iseseisev toimetulek ja kogukonda kaasamine

Konventsiooni osalisriigid tunnistavad kõigi puuetega inimeste võrdset õigust elada kogukonnas ning omada teistega võrdseid valikuid ning võtavad tõhusaid ja asjakohaseid meetmeid, et võimaldada puuetega inimestel seda õigust täielikult teostada ning soodustada nende täielikku kogukonda kaasamist ja selles osalemist, tagades muu hulgas, et:

(a) puuetega inimestel on teistega võrdsetel alustel võimalus valida oma elukohta ning seda, kus ja kellega nad elavad, ning neil ei ole kohustust järgida mõnda kindlat elukorraldust;

(b) puuetega inimestel on juurdepääs mitmetele kodu-, elukohajärgsetele ja muudele kogukondlikele tugiteenustele, kaasa arvatud elamise toetuseks, kogukonda kaasamiseks, isolatsiooni ja kogukonnast eraldamise vältimiseks vajalik isiklik abistaja;

(c) kõik üldsusele mõeldud avalikud teenused ja ehitised on võrdsetel alustel juurdepääsetavad ka puuetega inimestele ja arvestavad nende vajadustega.”¹¹

Euroopa Ekspertühma suunised¹² kirjeldavad detailselt üleminekut institutsionaalselt hoolekandelt kogukonnapõhisele. Et mõistetest sarnaselt aru saadaks, on nad määratlenud institutsioone alljärgnevalt:

“Tulenevalt riigi seadusandlikust ja kultuurilisest taustast on kasutusel erinevaid määratlusi selle kohta, mis on ‘institutsioon’ ja ‘institutsionaalne hoolekanne’. Seetõttu kasutatakse Suunistes sama määratlust kui ad hoc aruandes. Selle asemel, et määratleda institutsiooni suuruse järgi, s.t. elanike

¹¹ ÜRO Puuetega Inimeste Õiguste Konventsiooni artikkel 19 <http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=279> (viimati allalaetud: 26. september 2015)

¹² Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community Based Care <http://deinstitutionalisationguide.eu/> (viimati allalaetud: 26. september 2015)

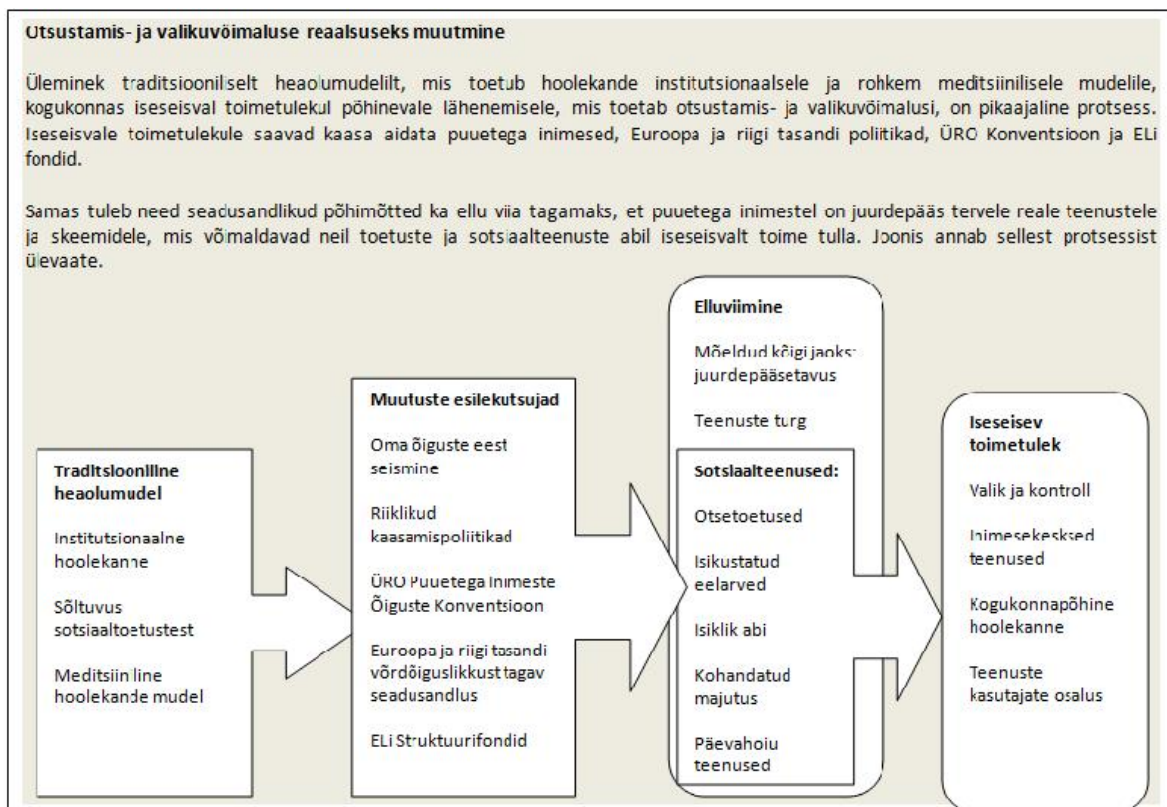
arvu järgi, kasutati ad hoc aruandes mõistet 'institutsionaalne kultuur'. Seega võime nimetada 'institutsiooniks' iga hoolekandeesutust, mille:

- elanikud on eraldatud laiemast kogukonnast ja/ või sunnitud koos elama;
- elanikel ei ole piisavalt kontrolli oma elu ja neid puudutavate otsuste üle; ja
- kus organisatsiooni enda nõudmised domineerivad elanike individuaalsete vajaduste üle.”¹³

Euroopa sotsiaalvõrgustik (ESV) kui Euroopa institutsionaalselt hoolekandelt kogukonnapõhisele ülemineku ekspertrühma liige on koostanud raporti, et visandada DI esimesed sammud ja tuua välja hea kogukonnapõhise hoolekande põhielemendid.¹⁴ ESV on avaldanud ka uuringu selle kohta, kuidas erinevate Euroopa riikide sotsiaalteenused aitavad kaasa puuetega inimeste valiku- ja otsustamisvõimaluste suurenemisele.¹⁵

Järgmisel joonisel 1 on toodud ülevaade optimaalsest üleminekust traditsiooniliselt heaolumudelilt, mis toetub hoolekande institutsionaalsele ja rohkem meditsiinilisele mudelile, kogukonnas iseseisval toimetulekul põhinevale lähenemisele.

Joonis 1. Traditsiooniliselt heaolumudelilt ülemineku protsess iseseisval toimetulekul põhinevale lähenemisele



Allikas: Euroopa sotsiaalvõrgustik

¹³ Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community Based Care p.25.

<http://deinstitutionalisationguide.eu/> (viimati allalaetud: 26. september 2015)

¹⁴ Developing Community Care – Report of European Social Network. 2011. Brighton UK. <http://www.esn-eu.org/developing-community-care/index.html> (viimati allalaetud: 26. september 2015)

¹⁵ Independent living: making choice and control a reality – Report of European Social Network. 2011. Brighton UK.

Teenuste osutamise tüübid, rahastamise korraldus riigi ja kohaliku omavalitsuse tasandite vahel

Deinstitutsionaliseerimine viib ressursid tsentraliseeritud, institutsionaalsetelt teenustelt kohalike, kogukonnapõhiste lahenduste juurde. Samas on erinevate osapoolte vahel vastutuse jagamise dünaamika veidi keerulisem. Nagu oli toodud Euroopa vaimse tervise uuringus (vt. joonis 1), kulub uutes liikmesriikides enamus ressursse institutsioonides ja haiglates toimuvale hoolekandele, samas kui kogukonnapõhised alternatiivid arenevad pidevalt, aga madalalt algtasemelt ja mõõdukas tempos. Hetkel võime öelda, et kõiki Ida-Euroopa riike (ja samuti mitmed Lääne-Euroopa riike) iseloomustab siiani peamiselt traditsiooniline institutsionaalne hoolekanne.

Suured institutsioonid on enamikes Ida-Euroopa riikides riiklikul/regionaalsel tasandil, mis on vaheaste kohalike omavalitsuste ja keskvalitsuse vahel. Ministeeriumid ja valitsusasutused toimivad harva otseste teenustepakkujatena, aga samas on suured institutsioonid rahastatud enamjaolt riigieelarvest, tavaliselt otserahastusena. Seda saab nimetada vaid poolenisti deinstitutsionaliseerimiseks, kui teenuste pakkujatena tegutsevad regionaalsed omavalitsused, kuid institutsioonide reguleerimine ja rahastamine toimub keskvalitsuse tasandil.

Kohalikud omavalitsused tavaliselt vastutavad kogukonnapõhiste teenuste eest, millega kaasneb ka suurem vabadus otsustada, milliseid teenuseid nad osutavad (või pigem kõrvale jätavad) ja milliseid kohalikke lahendusi nad välja töötavad.

2004. aastal, üksteist aastat pärast esimese sotsiaalhoolekande seaduse vastuvõtmist, näitas uuring, et ainult 4% Ungari enam kui 3200 omavalitsusest olid loonud selliseid sotsiaalteenuseid nagu seaduses kirjas on.¹⁶

Vaatamata suuremale vabadusele on siinne rahastamisstruktuur sama, sest ainult väga väike hulk kohalikke omavalitsusi¹⁷ oli võimeline kogukonnapõhiseid teenuseid ise korraldama. Igal juhul, niipea kui asi on rahastamises, peitub kogu teenuste struktuuri taga riik ja keskvalitsus.

Mõnes Lääne-Euroopa riigis on see mehhanism keerulisem. Rootsisis ja teatud määral ka Suurbritannias on kohalikel omavalitsustel rohkem (rahalist) sõltumatust oma hoolekandesüsteemi kujundamiseks. Vaimse tervise häirete ja puuetega inimeste hoolekande valdkonnas leidsime väga tsentraliseeritud lahendusi Hollandis, kus veel üsna hiljuti rahastati kõiki erihoolekandeteenuseid, olenemata osutamise kohast, otse keskvalitsuse poolt. Laiaulatusliku hoolekandereformi käigus on seda süsteemi hakatud ka Hollandis detsentraliseerima. Alates 2015. aasta algusest on enamus kohustusi (k.a eelarve) viidud riiklikult tasandilt kohalikule, pannes sotsiaalteenuste, toetatud elamise ja tööjõuturul osalemise eest vastutuse kohalikele omavalitsustele. Igal omavalitsusel on vabadus ka teenuseid vastavalt oma poliitikale kohandada.

Kogukonnapõhiste teenuste osutamine ja arendamine

Suurbritannias prooviti hoolekandeprogrammi¹⁸ juurutamisega, mis on siiani vaimse tervise alaste teenuste osutamise peamine raamistik, parandada vaimse tervise probleemidega inimeste hoolekannet. Igale patsiendile, kes vastab programmi tingimustele, on määratud spetsialist, kes koordineerib kogu

¹⁶ Bugarszki, Zs.: A szociális szolgáltatások újjászületése Magyarországon. ESÉLY 2004/4 Budapest 2004

¹⁷ Suured linnad, jõukate tööstus või äripiirkondade kohalikud omavalitsused

¹⁸ Department of Health (1990). *The Care Programme Approach for People with a Mental Illness Referred to the Specialist Psychiatric Services*. London: HMSO.

Department of Health (1989). *Modernising the Care Programme Approach: Effective Co-ordination of Mental Health Services*. London: HMSO.

tema kogukonnapõhise hoolekande paketti ja kes organiseerib talle osutatavate teenuste regulaarset ülevaatamist koostöös teiste professionaalidega, k.a. neid nõustavate psühhiaatritega.

Lisaks on riiklikus vaimse tervise alaste teenuste raamistikus¹⁹ ja riiklikus tervise teenuste plaanis²⁰ toodud rida arendamist vajavaid kogukonnapõhiseid vaimse tervise teenuseid. Kaks kolmest uuest mudelist, varajase sekkumise teenused ja kriisisekkumise meeskonnad, on näidanud, et võrreldes kogukonnapõhise vaimse tervise meeskonna hoolekandega on võimalik vähendada statsionaarse ravi tõenäosust ja parandada patsientide rahulolu teenustega.²¹ Siiski pole enesekehtestamisele suunatud mittestatsionaarse ravi meeskonnad näidanud, et oleksid võimelised vähendama statsionaarse ravi osakaalu²², seda vaatamata efektiivsele tegutsemisele USAs ja Austraalias.²³

2011. aastal avaldati Inglismaal uus vaimse tervise strateegia, mis keskendus teenuste kvaliteedile, taastumisele, füüsilisele tervisele, inimõigustele ja mittediskrimineerimisele.²⁴ Strateegia leidis laialdast heakskiitu, kuid viimase kolme aasta majanduslangus on tekitanud osale elanikkonnast suuri lisapingeid (s.h. hirm kaotada töö ja eluase, suurenenud võlad), mis on suurendanud vaimsete häirete registreerimist ja enesetappude määra. Samal ajal on kärped avalike teenuste rahastamises viinud Riikliku Tervise Ameti ja kohalike omavalitsuste teenuste rahastamise vähenemiseni, mis seavad kahtluse alla ka uue strateegia võimekuse oma eesmärgi täita.²⁵

Kuna tervishoiu kõige kallim komponent on voodikoha maksumus, tunduvad kogukonnapõhised alternatiivid ahvatlevamad ja ka soodsamad. Samas sisaldas Macpherson *et al.* i tõsise vaimuhaigusega inimeste toetatud elamise ülevaade²⁶ haiglas ja kogukonnapõhiselt läbi viidava vaimse tervise hoolekande maksumuse analüüsi. Sellest järeldus, et kogukonnapõhine hoolekanne ei ole haiglaravist odavam ja et nende eest kogukonnas hoolitsemine, kellel on suur välise abi vajadus, võib haiglaravist kulukam olla. Samaselt eelnevaga võrdlesid McCrone *et al.* kahte geograafilist piirkonda, kus ühes oli kogukonnapõhine vaimse tervise alaste teenuste osutamine intensiivsem, ja leidsid, et intensiivsemas piirkonnas klientidele osutatud teenused maksid rohkem kui tavapiirkonnas ning et suuremate kuludega olid seotud kõrgem vanus ja tõsisem puude aste.²⁷

¹⁹ Department of Health (1999). *National Service Framework for Mental Health: Modern Standards and Service Models*. London: HMSO.

²⁰ Department of Health (2000). *NHS Plan*. London: Department of Health.

²¹ Craig T, Garety P, Power P et al (2004). The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. *Br Med J* 2004;329:1067. doi:10.1136/bmj.38246.594873.7C; doi:10.1136/bmj.38246.594873.7C.

Johnson S, Nolan F, Pilling S, et al (2005). Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study. *Br Med J* 2005;331:599. doi: 10.1136/bmj.38519.678148.8F; doi: 10.1136/bmj.38519.678148.8F.

²² Killaspy H, Bebbington P, Blizard R, et al (2006). The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London. *Br Med J* 2006;332:815-820. doi: 10.1136/bmj.38773.518322.7C; doi: 10.1136/bmj.38773.518322.7C.

Glover G, Arts G, Babu KS (2006). Crisis resolution/home treatment teams and psychiatric admission rates in England. *Br J Psychiatry* 2006;189:441-445.

²³ Marshall M, Lockwood A. (1998). Assertive community treatment for people with severe mental disorders (Cochrane review). In the Cochrane Library. (Issue 4).

²⁴ Department of Health (2011) *No Health Without Mental Health: a cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages*. London: Department of Health.

²⁵ Lawton-Smith, S., McCulloch, A. (2013). *A brief history of specialist mental health services*. London: Mental Health Foundation.

²⁶ Macpherson R, Shepherd G, Edwards T. (2004). Supported accommodation for people with severe mental illness: a review. *Adv Psychiatr Treat* 2004;10:180-188. Chisholm D, Hallam A (2001). Changes to the hospital-community balance of mental health care: economic evidence from two UK studies. In Brenner H, Boeher W (eds), *The Treatment of Schizophrenia—Status and Emerging Trends*, Kirkland: Hogrefe & Huber, 210–224.

²⁷ McCrone P, Johnson S, Thornicroft G. (2001). Predicting the costs of community care for individuals with severe mental illness in South London. *Schizophr Bull* 2001;27:653-660.

Uuringu tulemused näitavad, et kui minna haiglaravilt üle kogukonnapõhisele teenuste mudelile, tuleks tähelepanu pöörata tervele reale küsimustele. On selge, et kogukonnapõhised teenused ei saa haiglaravi täielikult asendada. Thornicrofti ja Tansella vaimse tervise laste teenuste osutamise analüüs näitab, et tasakaalustatud pakumine sisaldab ka voodikohti haiglas, samas kui voodikohtade arv on vastupidiselt seotud pakutavate kogukonnapõhiste ressursside kvantiteedi ja kvaliteediga.²⁸ Nad järeldavad, et **töötava tasakaalustatud süsteemi jaoks tuleb statsionaarse ravi vähendamise arvel kokku hoitud ressursid investeerida kogukonnapõhistesse teenustesse.** Teisisõnu ei ole **kogukonnapõhised teenused odavam alternatiiv haiglaravile, vaid osa terviksüsteemist.** Seega tuleks voodikohtade arvu kui efektiivsuse mõõdikut kasutades asetada see süsteemi kui terviku konteksti, pidades meeles, et see on hoolekande kõige kallim osa.

Eelnevate uuringute tulemused toovad esile mõningat kogukonnapõhisest hoolekandest saadavat kasu, mis on valdkonniti sama, nagu klientide suurem rahulolu ja parem elukvaliteet.²⁹

Uuring, mis analüüsis hea kogukonnapõhise hoolekande tunnuseid inimeste jaoks, kellel on tõsine vaimuhaigus, seda nii klientide, perekondade, professionaalide, poliitikute kui ka teiste kodanike vaatenurgast viies Euroopa riigis leidis, et kõige olulisem on kliendi ja professionaali vaheline usalduslik ja stimuleeriv suhe. Hinnati ka efektiivset individuaalsetele vajadustele vastavat ravi ja teenustele juurdepääsu.³⁰ Need faktorid on olulised kõigi klientide jaoks, olenemata nende tervisega seotud vajadustest ja ravi asukohast.

Kui vaadata kogukonnapõhiste teenuste struktuuri, siis leiame igas regioonis enam-vähem sarnaseid sotsiaal- ja tervishoiuteenuseid. Vältimatu ravi toimub enamasti haiglates, samas kui mõnes riigis (Ungaris ja Tšehhis) leidsime ka efektiivse ambulatoorse tervishoiuteenuste võrgustiku. Mobiilsed kriisimeeskonnad, väikesed kriisikeskused ja multidistsiplinaarsed lahendused, mis ühendavad sotsiaal- ja tervishoiuspetsialiste, on aga regioonis väga nõrgalt esindatud.

Tervishoiutöötajad on palgal suurtes haiglates ja neil puudub motivatsioon nendes asutustes, kus nad töötavad, voodikohti vähendada. Tervishoiuteenuste osutajate tagantjärele toimuv rahastus on seda kõrgem, mida enam on asutused inimestega täidetud. Patsiendid on suures osas vait ja poliitikut on rahul osutatava hoolekande kvaliteediga, mis on ühteaegu odav ja ei too kaasa massilisi kaebusi.

Tervishoiu- ja sotsiaalteenuste vahel on nõrk side, mis tekitab probleeme eriti vaimse tervise alases hoolekandes. Viimase 25 aasta jooksul on kogukonnapõhises sotsiaalteenuste osutamises toimunud oluline areng, luues tervishoiu kõrvale täiendava süsteemi, samas kui kahe süsteemi vaheline suhtlus on kahetsusväärset puudulik. See probleem on väga terav Ungaris, Rumeenias ja Tšehhimaal ning teataval määral ka Eestis. Eestis tundub olevat toimunud suurem nihe üleminekul meditsiiniliselt

²⁸ Thornicroft G, Tansella M. (2004). Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. *Br J Psychiatry* 2004;185:283-290.

²⁹ Craig T, Garety P, Power P, et al. (2004). The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. *Br Med J* 2004;329:1067 doi:10.1136/bmj.38246.594873.7C; doi:10.1136/bmj.38246.594873.7C.

Johnson S, Nolan F, Pilling S, et al. (2005). Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study. *Br Med J* 2005;331:599. doi: 10.1136/bmj.38519.678148.8F; doi: 10.1136/bmj.38519.678148.8F.

Killaspy H, Bebbington P, Blizard R, et al. (2006). The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London. *Br Med J* 2006;332:815-820. doi: 10.1136/bmj.38773.518322.7C; doi: 10.1136/bmj.38773.518322.7C.

³⁰ Van Weeghel J, van Audenhove C, Colucci M, Garanis-Papadatos T, Liegeois A, McCulloch A, et al. (2005). The components of good community care for people with severe mental illnesses: views of stakeholders in five European countries. *Psychiatr Rehabil J* 2005;28:274-281.

lähenediselt psühhosotsiaalsele, kuid see ei tähenda, tervishoiu ja sotsiaalala spetsialistide koostöö oleks parem.

Tavapärased sotsiaalteenused vaimse tervise häirete ja puuetega inimeste kogukonnapõhises hoolekandes nagu toetatud elamise programmid, päevakeskused, nõustamine, juhtumitöö, erinevad rehabilitatsiooni ja kutsealase rehabilitatsiooni teenused, on väga erineva ulatuse ja kvaliteediga. Ühtki Ida-Euroopa riiki ei saa hetkel nimetada peamiselt kogukonnapõhiseid teenuseid pakkuvaks riigiks.

Rahvusvahelises uurimisprojekti, milles osalesid neli Euroopa ülikooli, teiste hulgas ka TLÜ, leidsime, et praegused kogukonnapõhised teenused on harva seotud kogukonnaga. Teenuste süsteem on tükeldatud teenindamiseks erinevaid sihtrühmi ja selle asemel, et tugevdada kaasamist ja osalemist kohalikul tasandil, loovad praegused teenused kogukonnas uut eraldatust, pakkudes eraldi elamis-, töötamis- ja puhkealasid eakatele, puuetega inimestele ja vaimsete probleemide all kannatajatele. Toetatud elamine eraldatud piirkondades, toetatud töötamine ainult puuetega inimestele mõeldud töökohtades ja sihtrühmale suunatud päevakeskused ei too kaasa kogukonda sulandumist isegi kui neid teenuseid osutatakse kogukonnas.³¹

Hollandis ja Tšehhimaal leidsime aga neile probleemidele uuenduslikke lahendusi. Amersfoortis otsustasid kohalikud võimuorganid sulgeda mitmed spetsiaalsed päevakeskused, tuua teenuste kasutajad laiapõhjalisematesse kogukonnakeskustesse ning anda rohkem vastutust kohaliku naabruskonna võrgustikele selle asemel, et lahendada kõik probleemid hoolekandeteenustega. Sellised lahendused – olemasolevate kogukonna ressursside mobiliseerimine – võivad olla kasulikud ka Ida-Euroopa riikides, kus sotsiaalkulutuste tase on madalam ja igas väiksemas asulas ei ole võimalik professionaalseid sotsiaalteenuseid pakkuda. Samas leidsime oma uuringus³², et Ida-Euroopa riikides on sotsiaalne ühtekuuluvus nõrk. Tuleviku vaimse tervise alase ja puuetega inimeste hoolekande prioriteet peab olema kohalike kogukondade tugevdamine.

Tšehhis analüüsisime samas paljulubavat sotsiaalteenuste ja sotsiaalse ettevõtluse kombinatsiooni. Prahis on sadu kohvikuid, poode, aiandusettevõtteid, arvutite või jalgrataste parandusi ja isegi suuremaid asutusi nagu hotellid ja reisibürood, mida juhivad puute või vaimse tervise probleemidega inimesed. Sotsiaalne ettevõtlus ei paku teenuste osutajatele mitte ainult sissetulekut, vaid on ka hea rehabilitatsioonimeetod, mis võimaldab luua uusi identiteete väljaspool puuet.

Teenuste osutamisel kasutatakse ühe enam uuenduslikke IT vahendeid ja võimalusi. E-teenused nagu e-nõustamine või virtuaalsed noortekeskused ei ole ainult head lahendused jõudmaks kaugetesse piirkondadesse, vaid on tõestanud oma efektiivsust ka hoolekandes.³³ Paljulubavateks uuteks algatusteks on kaasaegsed jagatud majanduse mudelid, mis pakuvad ühiseid lahendusi, jõustades tavalisi inimesi ning andes neile võimaluse hakata mikroettevõtjateks ja aktiivseteks kohaliku kogukonna liikmeteks. Toidupangad, toiduvahetuse platvormid, kogukonna platvormid, heategevuslikud pangad, juhuslikel töötstel põhinev tarbimine on head lahendused ebasoodsas olukorras olevate gruppide jaoks, kellel juurdepääs kogukonna ja ettevõtlusega seotud ressurssidele on tavaliselt piiratud. *Online*-lahendused ja kaasaegsed võrgustunud ühiskonnad võivad need puudujäägid korvata, suurendades samas ka haavatavate inimeste sotsiaalset kapitali.

³¹ Wilken, J. P.; Hanga, K. (Eds.) *Stories of Recovery and Participation – experiences and challenges*. Institute of Social Work Tallinn University. Tallinn 2015

³² Wilken, J. P.; Hanga, K. (ed) *Stories of Recovery and Participation – experiences and challenges*. Institute of Social Work Tallinn University. Tallinn 2015

³³ Alleman, J. R. (2002). *Online counselling: The internet and mental health treatment*. *Psychotherapy*, 39, 199-209.

Eesti on riik, kus sotsiaalkulutused on ELi ühed madalamad. Me ei eelda, et lähemas tulevikus selles osas midagi muutuks. Seetõttu näeme Eestis vähe võimalusi traditsioonilise hoolekandesüsteemi loomiseks, kus professionaalsed hoolekandeteenused võtavad hoolduskohustuse perekonnalt ja kohalikult omavalitsuselt. Praegune riiklik maksustamise tase ja madal ümberjagamise määr loob vähevõimeka hoolekandesüsteemi ja me ei soovita kasutada pikaajaliselt ELi vahendeid sotsiaalteenuste rahastamiseks.

Meie soovitus on luua jätkusuutlik koostöö riigi, kohalike omavalitsuste, ettevõtete ja inimeste vahel, et tekiks kaasav ühiskond. Keskvalitsuse ja omavalitsuste rollid tuleb selgelt eraldada. Hollandis ja Rootsis on tervishoid organiseeritud ja finantseeritud riiklikul tasandil, samas kui kogu puuetega inimeste hoolekanne on kohalike omavalitsuste vastutada. Sotsiaalhoolekande aspektist on vajalik tugev side sotsiaalteenuste ja erinevates eluvaldkondades osalemise vahel. Soovitame Eesti jaoks samasugust lahendust.

Riigil on edaspidigi ilmne ja asjakohane roll abi vajavate inimeste hoolekandes, aga riigi peamine ülesanne on stimuleerida ja mobiliseerida kogukondlikke ressursse selle asemel et neid asendada. Analüüsid käimasolevat hoolekandereformi Hollandis, leidsime veenvaid argumente, et isegi väljakujunenud heaoluühiskonnas ei ole sotsiaalkulud jätkusuutlikud kui hoolekanne põhineb ainult professionaalsetel teenustel.

Töötamine

Majanduslikust aspektist on hetkel ellu viidava reformi üks kõige olulisemaid elemente puute ja vaimsete häiretega inimeste tööhõive suurendamine. Töötamine on iseseisvalt elamise oluline osa. See loob tugeva kogukonnaga seotud identiteedi ja stabiilne sissetulek aitab kaasa jätkusuutlikule, iseseisvale toimetulekule.

Leidsime Ida-Euroopa riikides mitmeid vastandlikke lahendusi, kuidas haavatavate inimeste osalust tööturul suurendada. Kui Tšehhis eksisteerib mitmekülgne ja efektiivne sotsiaalse ettevõtluse traditsioon, mis on suunatud edukale töötamisele avatud tööturul, siis Ungaris ja Rumeenias on peamised kutsealased teenused seotud riigi loodud töökohtadel toetatud töötamisega.

Sotsiaalpoliitikat uuriv Budapesti Instituut on analüüsinud erinevate kutsealaste rehabilitatsiooniteenuste efektiivsust Ungaris ja leidnud, et integreeritud lahendused, mis toetavad töötamist avatud tööturul, on efektiivsemad kui igasugused toetatud töötamise vormid või nn tööteraapiad teistest eraldatuna.³⁴

Eestis leidsime toetatud töötamise kohta vaid mõne näite, enamik kutsealase rehabilitatsiooni programme on suunatud tööturuga lõimumisele. Siiski on puuetega inimeste tööhõive määr rahvastiku üldisest tööhõive määrast palju madalam.³⁵

Suurendamiseks tööhõivet on Eestil kavas juurutada töövõimereformid, muutes hindamissüsteemi ja luues uusi teenuseid mobiliseerimaks puuetega inimesi ja neid, kellel on vähenenud töövõime. Reformide elluviimist on kaks korda edasi lükatud ja me teame planeeritavatest uutest teenustest siiani väga vähe. Selles protsessis on keskne roll Töötukassal, samas kui mitmed kutsealase väljaõppega seotud teenused delegeeritakse lepingutega kohalikele partneritele ja teenuste osutajatele.

³⁴ Scharle Ágota (2011): A foglalkoztatási rehabilitáció hatékonysága. Kutatási jelentés, Budapest Intézet http://www.budapestintitute.eu/kutatas/prj/A_foglalkoztatasi_rehabilitacio_hatekonysaga

³⁵ Sakkeus, L., Medar, M.; Social Integration of Disabled People. Statistics Estonia, Tallinn 2014.

Oma intervjuudes kohtasime planeeritud reformidega kaasnevat ebakindlust. Töötukassa tunnetab suurt vastutust seoses laiaulatuslike ülesannetega, mis puudutavad puuetega inimesi, kellega neil ei ole eelnevalt palju kogemusi, samas kui kohalikud teenuste pakkujad – MTÜd ja kogenud professionaalid – on mures, kuidas neid reformide elluviimisse kaasatakse.

Leidsime kahtlusi ka tööandjate poolel, mis puudutasid puuetega inimeste tööle võtmist. Füüsilise puudega inimeste toetamine tundub paljudele tööandjatele teostatav, intellektipuude või vaimse tervise probleemidega inimeste palkamine tekitab rohkem küsimusi. Töötamise võimalused ei ole lihtsalt nii paindlikud, mis viib tihti töökohast loobumiseni ja töölt lahkumiseni. Tööandjad on mures nende inimeste usaldusvääruse ja vastupidavuse üle, samas kui maksusüsteem, regulatsioonid, pakutavad stiimulid ja toetusmeetmed ei taga tegelikkuses paindlikke lahendusi (osalise koormusega töötamine, kodus töötamine, paindlik töökoormus ja asendamine).

Kohtasime ka tõsiseid kaebusi seoses olemasolevaid teenuseid ja toetusvõimalusi ümbritseva bürokraatiaga. Mõned intervjuueeritud märkisid, et pärast seda, kui nad olid taotlenud toetust puudega inimeste palkamiseks, osutus toetuse administreerimine nii keerukaks, et nad otsustasid seda enam mitte teha.

Rahvusvahelises praktikas kohtab haavatavate inimeste tööturule toomise häid näiteid paindlikest ja loovatest lahendustest. Kaasaegsed tööjuhendamise teenused pakuvad toetatud töötamise programmide raames laiaulatuslikke koolitus- ja praktikavõimalusi kombineerituna järk-järgulise töötamise ja sotsiaalse ettevõtlusega, mis viivad sageli töövõimalusteni avatud tööturul. Tööjuhendajad juhendavad ja toetavad inimesi sarnaselt juhtumikorraldajatega mitte ainult töökoha saamisel, vaid ka selle säilitamisel. Võib tuua mitmeid näiteid keerukatest rehabilitatsiooniprotsessidest, mis on suunatud puute ja vaimsete häiretega inimeste taastumisele ja tööturule integreerumisele.

Näiteks juhendab Tšehhi Roheliste Uste fond noori, kes kogevad esimest psühhootilist episoodi, 1,5-2 aastase kutsealase rehabilitatsiooniprogrammi jooksul. Nende sotsiaalne ettevõtte nimetusega Half-Way Café (Poole tee kohvik) asutati algselt kohaliku ambulatoorse ravi keskuse poolt, mis tegeles vaimse tervise probleemidega noortega. Programm funktsioneerib kui toetatud töötamise programm, juhendades kasutajaid nende taastumisprotsessi jooksul, mille raames nad saavad oma oskusi suurendada ja eneseuhkust tõsta ning luua tugeva oskustöötaja identiteedi selle asemel, et pikema perioodi vältel vaid psühhiaatrilistele probleemidele keskenduda. Rehabilitatsiooniprotsessi lõpus aitavad tööjuhendajad leida ja hoida töökohti kogukonnas, pakkudes paindlikku asendamisevõimalust tagasilanguse korral.

Ungaris sai puute ja vaimse tervise häiretega inimeste kutsealasest rehabilitatsioonist üks peamisi kogukonnapõhiseid teenuseid. Paariaastase pilootprojekti jooksul julgustati kohalikke MTÜsid pakkuma innovatiivseid, loovaid ideid, kuidas selle sihtrühma tööhõivet suurendada. Loodi spetsiaalsed tööhõive ametid, kus nii sotsiaaltöötajad kui ka kutsealase rehabilitatsiooni eksperdid toetasid kasutajaid, ehitades samal ajal üles tööandjate ja võimalike tööandjate võrgustikku. Hiljem integreeriti need spetsiaalsed tööhõive ametid kutsealase rehabilitatsiooni süsteemiga, mida koordineerivad regionaalsed tööhõive ametid, mis delegeerisid need teenused lepinguga innovaatilistele MTÜdele ja teistele teenuste osutajatele.

Praegu töötab see süsteem regulaarsete hangetena, mis viivad teenuse pakkujatega kolme aasta pikkuste lepinguteni. Teenuste osutamise üle teostatakse järelevalvet rangete indikaatorite alusel, mille suhtes teenuste osutajad peavad tõestama oma efektiivsust. Iga kolme aasta tagant peavad nad

võistlema teistega, mis sunnib organisatsioone innovatiivseid lahendusi kasutusele võtma ja oma efektiivsust tõstma.

Eestis soovitame kutsealaste rehabilitatsiooniteenuste osutamisel keskenduda lahendustele, mis on suunatud avatud tööturuga lõimumisele. Kutsealase koolituse programmid (nt Astangu Rehabilitatsioonikeskuses) on väga efektiivsed ja muljet avaldavate tulemustega, aga meie jaoks on problemaatiline, et tulenevalt praegusest seadusandlusest on koolitused üldisest kutseõppest eraldi, mis soosib puuetega inimeste eraldatust ja eemalõugatust. Töövõimereformi raames soovitame omavahel tugevamalt siduda Töötukassa ja innovaatilised teenuste pakkujad, tunnustades nende kogemusi ja töötulemusi, saavutades samas, et koordineeritud ja hoolsalt juhitud protsess tagaks, et antud valdkonnas tegutsevad alati kõige efektiivsemad ja innovaativsemad teenustepakkujad.

Tööandjate motiveerimine ja reformidesse kaasamine on väga oluline. Praegune süsteem on liiga jäik, ei soosi osa-ajaga töötajate (seega ka psüühilise erivajadusteg isikute) tööle võtmist ja ettevõtted vajavad rahaliste vahendite taotlemiseks paindlikumat e-lahendustel põhinevat süsteemi. Lisaks füüsilistele ümberkorraldustele, tuleb rõhku panna ka uutele töömeetoditele, aga selles valdkonnas vajavad rohkem koolitust nii tööandjad kui ka Töötukassa spetsialistid.

2. Teiste riikide süsteemide tugevused ja puudused, sh eristades teenuse osutamise viise (nt kogukonnas, külades, institutsioonides) ning mõju toetavaid ja institutsionaalseid teenuseid saavatele psüühilise erivajadusega inimestele

Analüüsidis suhtlust ÜRO järelevalvekomitee ja valitud osalisriikide vahel, saame ülevaate, kuidas erinevad osapooled on etteantud seadusandlike raamistikke ja poliitikasuuniseid tõlgendanud.

Tulenevalt sellest, et puudub kindel institutsioonide ja institutsionaalse hoolduse määratlus, on erinevad osalisriigid kirjeldanud oma praegust olukorda väga erinevalt.

Rootsis on toetust ja teenuseid teatud talitlushäiretega inimestele³⁶ puudutava seaduse peamine eesmärk võimaldada sellel inimestegrupil elada nii nagu teised. Kohalike omavalitsuste sotsiaalhoolekandekogud on kohustatud tagama, et inimesed, kelle igapäevane toimetulek on raskendatud, on võimelised osalema kogukonnaelus ja elama nagu teised.

Slovakkias rõhutab valitsus, et sotsiaalteenuste osutamine kogukonnas või mittestatsionaarse ehk ambulatoorse hoolekande asutustes on prioriteetne võrreldes sotsiaalteenuste pakkumisega statsionaarselt.³⁷

Rumeenia ei ole oma esialgset raportit ÜRO komiteele veel esitanud, aga Euroopa iseseisva toimetuleku koalitsiooni raportist³⁸ selgub, et Rumeenia Halduspoliitika Instituut peab peamiseks probleemiks riikliku deinstitutionaliseerimise strateegia selge eesmärgi puudumist. Olgugi, et

³⁶ <http://www.independentliving.org/docs3/englss.html> (viimati allalaetud: 26. september 2015)

³⁷ Slovakkia Esialgne raport ÜRO Puuetega inimeste õiguste komiteele. Jaanuar 2012

³⁸ Briefing on Structural Funds Investments for People with Disabilities: Achieving the Transition from Institutional Care to Community Living, European Network on Independent Living – European Coalition for Community Living, Detsember 2013 <http://www.enil.eu/wp-content/uploads/2013/11/Structural-Fund-Briefing-final-WEB.pdf> (viimati allalaetud: 26. september 2015)

puuetega inimeste riiklik strateegia viitab kogukonnapõhiste teenuste arendamisele ja seab sotsiaalse kaasatuse üheks eesmärgiks, puudub seal otsene nõue asendada olemasolevad statsionaarse hoolekande asutused kogukonnapõhiste teenustega.

Ungari esialgses raportist leiame, et *“Kui iseseisva toimetuleku toetamiseks on vaja 24-tunnist hooldust, pakuvad traditsioonilised institutsionaalse sotsiaalhoolekande vormid – hooldekodud, rehabilitatsiooniasutused – lahendust lisaks nende inimeste jaoks loodud kodudele.”*³⁹

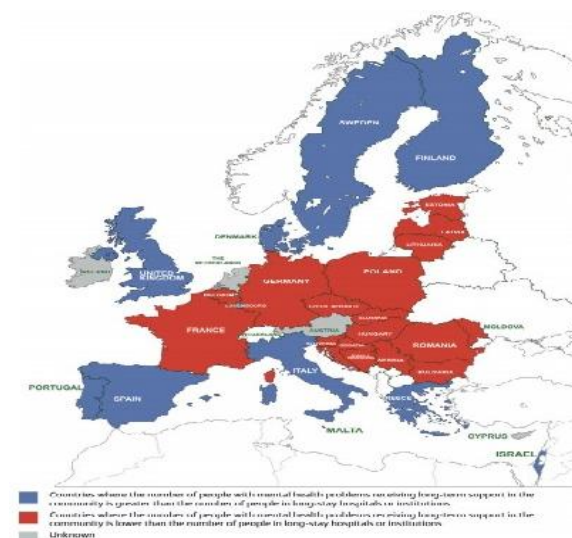
Tšehhis leiti valitsuse esialgses raportis samuti, et traditsioonilised suured institutsioonid (puuetega inimeste asutused) on ÜRO Puuetega Inimeste Õiguste Konventsiooni artikkel 19-le vastavad teenused.⁴⁰

Nagu eelnevast näha, kui Rootsis rõhutatakse kogukonnas osalemist, siis neljas Ida-Euroopa riigis peetakse institutsioone ikka veel oluliseks teenuste süsteemi osaks. Slovakkias on kogukonnapõhine hoolekanne valitsuse tasandil prioriteediks, aga see ei väljendu statistikas.

Euroopa vaimse tervise uuringus (*Mental Health Europe*) analüüsiti vaimse tervise teenuste proportsioone võrdlemaks institutsioonide ja statsionaarse hoolekande osakaalu teenuste kogukonnapõhise osutamise võimalustega. Autorid leidsid, et kõikides uutes liikmesriikides (ja ka paljudes Lääne-Euroopa riikides) peetakse institutsionaalset hoolekannet siiani peamiseks hoolekandevormiks, samas kui kogukonnapõhised teenused domineerivad institutsionaalse hoolekande üle ainult riikides, kus DI-ga on alustatud juba eelnevatel kümnenditel⁴¹ (vt. kaart 1).

Sarnaseid tulemusi näeme ka puuetega inimeste hoolekandes. Kogukonnas elamise ja institutsionaalse hoolekande selge (operatsionaliseeritud) määratluse puudumine on viinud artikli 19 mitut moodi mõistmise ja tõlgendamiseni ning DI esimene laine on ellu viidud tulenevalt nendest erinevatest arusaamadest.

Kaart 1. Pikaajaline hoolekanne institutsioonides vs. kogukonnapõhine hoolekanne vaimse tervise valdkonnas Euroopas.



³⁹ Ungari Esialgne raport ÜRO Puuetega inimeste õiguste komiteele. Oktoober 2010

⁴⁰ Tšehhi Vabariigi Esialgne raport ÜRO Puuetega inimeste õiguste komiteele. November 2011

⁴¹ Mapping Exclusion. Institutional and community-based services in the mental health field in Europe. Mental Health Europe. Brussels 2012 http://tasz.hu/files/tasz/imce/mapping_exclusion_-_final_report_with_cover.pdf (viimati allalaetud: 26. september 2015)

Allikas: Euroopa vaimne tervis (*Mental Health Europe*)

Deinstitutsionaliseerimise esimene laine

Institutsionaalselt hoolekandelt kogukonnapõhisele ülemineku olulisus ei olnud ilmselge isegi riikides, kus seda üleminekut võib praeguse seisuga edukaks lugeda.

Rootsis kujunes DI esimene laine läbikukkumiseks. Poliitiline otsus institutsioonide sulgemise kohta tehti 1993. aastal ja deinstitutsionaliseerimise protsess kestis 7 aastat.

Endistest institutsioonidest said hotellid või konverentsikeskused, samas kui kohalikud omavalitsused pakkusid uusi majutusvõimalusi. Suhteliselt kiiretele muutustele aitas kaasa kõikide osapoolte pühendumus, samuti oli võimalik toetuda teiste riikide, nagu Itaalia või Suurbritannia, kogemustele.

Siiski lõppes esimene DI katse läbikukkumisega, sest esimesed kogukonnas loodud majutusüksused olid tõelise kaasamise asemel pigem grupp rühmakodusid ja eraldatud “puuetega” inimeste elamud. Üsna ruttu sai selgeks, et seal elavate inimeste olukord ei ole tegelikult muutunud, uude teenusesse oli üle viidud suurte institutsioonide kultuur ja eraldatus tegelikult kogukonnast.

Seejärel viidi Rootsis läbi DI teine ring ja püüti ellu viia tegelikku kogukonda kaasamise põhimõtet.⁴²

Ravelli (2006) poolt läbiviidud uuringud vaatlesid, kuidas arenedes Hollandi vaimse tervise alane hoolekandesüsteem aastatel 1993-2004 deinstitutsionaliseerimise suunas.⁴³ Sellel perioodil liideti pea kõik psühhiaatriaiglad vähemalt ühe regionaalse asutusega, mis pakkus ambulatoorset vaimse tervise alast hoolekannet (regionaalsed ambulatoorsed vaimse tervise alase hoolekande instituudid). 2015. aastal eksisteeris 30 integreeritud vaimse tervise alast hoolekandeasutust ja 41 spetsialiseerunud asutust, k.a 20 kogukonnas elamise organisatsiooni.

Aastani 2005 tehtud muudatused puudutasid peamiselt uute hoonete rajamist, suunamiste ühtlustamist ja hoolekandeprogrammi loomist. Rajati “hoolekande mustrid” (võrgustikud), organisatsiooni alaosa, kuhu on koondatud sarnased teatud sihtgrupile mõeldud raviprogrammide või hoolekande võimalused.

Ülalmainitud protsessi võtmeelementideks oli loobumine haiglaravist ja detsentraliseerimine. Praktikas tähendas see statsionaarsete raviasutuste asendamist osaliselt statsionaarsete ravivormide või täielikult ambulatoorse raviga nagu koduhooldus, toetatud elamine ja ennast kehtestava käitumise kogukondlikud meeskonnad. Viimasel kümnendil on enamus regioone loonud FACT meeskonnad, mis osutavad intensiivravi ja psühhosotsiaalset toetust kogukonnas või toetatud elamise teenust pakkuvates asutustes elavatele psühhiaatriliste probleemidega inimestele. ‘F’ tähendab ‘funktsioneerimist’ või ‘paindlikkust’, viidates sellele, et tulenevalt kliendi vajadustest võib pakutav hooldus olla erineva intensiivsusega.

Uue Sotsiaaltoetuse seaduse eesmärgiks, mis jõustus 1. jaanuaril 2015, on kogukonnas olevate inimeste toetamine selliselt, et neil oleks võimalik enda eest hoolitseda ja kogukonna elus osaleda. Nimetatud seadus pani vastutuse nende teenuste eest kohalikele omavalitsustele. Enamik omavalitsusi asutas integreeritud multidistsiplinaarsed sotsiaalhoolekande meeskonnad, mis pakuvad laia valiku teenuseid kõikidele elanikele, seega mitte ainult vaimse tervise probleemidega, vaid ka

⁴² Selle teabe allikaks on Lars-Göran Janssoni ettekanne Euroopa sotsiaalvõrgustiku deinstitutsionaliseerimise alasel seminaril Varssavis 2009 ja samuti temaga käesoleva uuringu raames tehtud intervjuu.

⁴³ Ravelli, D.P. (2006). Deinstitutsionalisation of mental health care in the Netherlands: towards an integrative approach. *Int J Integr Care*. 2006 Jan-Mar; 6: e04. Avaldatud elektrooniliselt 15. märts 2006.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1480375/> (viimati allalaetud: 14. oktoober 2015)

õppimisraskustega ja eakatele inimestele. Uues süsteemis on tsentraliseeritud vaid ravi ja 24-tunnine hoolekanne, mida rahastavad ravikindlustusfondid. Kõik teised hoolekande ja toetuse vormid on muutunud kohalike omavalitsuste ülesanneteks. Rahalised vahendid on kantud samuti riigieelarvest üle kohalikesse eelarvetesse, aga 25% väiksemas mahus.

Hollandis on intellektipuudega inimeste arvuks leitud olevat umbes 110 000⁴⁴. Neist 26% kasutab mingit vormi hoolekandeesutuse teenust, samas kui 14%-le osutatakse teenuseid kodus. Hoolekannet osutavad institutsioonid on iseseisvad mittetulunduslikud eraõiguslikud organisatsioonid, mida rahastab valitsus⁴⁵. Alates 2015. aastast eristatakse kogukonnapõhiseid teenuseid nagu päevakeskused, rühmakodud ja individuaalne toetus, mida rahastavad omavalitsused (Sotsiaaltoetuse seadus), ja 24-tunnise hoolekande ja järelevalve asutusi, mida rahastatakse keskselt (Pikaajalise hoolekande seadus).

Suurbritannias on deinstitutsionaliseerimisel ja kogukonnapõhiste teenuste arendamisel pikk ajalugu⁴⁶.

Aastal 1971 tegi valitsus dokumendis 'Vaimuhaigete inimeste haiglaravi teenused'⁴⁷ ettepaneku kaotada kogu psühhiaatriaiglate süsteem. Vaimsete probleemidega inimestele kasvas teiste kogukonnapõhiste teenuste osutamine nagu toetatud elamine, päevakeskused ja kogukonnapõhised vaimse tervise õed ja sotsiaaltöötajad. Seda nimetati üheselt kogukonnatööks ja seda toetasid valitsuse poliitikad nagu 'Paremad teenused vaimuhaigetele inimestele',⁴⁸ 'Hoolekanne kogukonnas'⁴⁹ ja 'Kogukondlik hoolekanne koos erilise tähelepanuga vaimsete probleemide ja vaimupuudega inimestele'.⁵⁰

Viimasel 50 aastal on tekitanud laialdast arutelu puudujäägid nende inimeste kogukonnapõhises hoolekandes, kes elasid eelnevalt hooldekodudes. Siiski on arutelude põhitoon muutunud. Varasemad kriitikud viitasid sageli vaimsete probleemidega inimeste suurenenud arvule, kes olid hooldekodude sulgemise tõttu kodutuks jäänud ja pidasid seda tõestuseks, et kogukonnapõhine hoolekanne on 'läbi kukkunud'.⁵¹ Siiski on inimeste, kes on veetnud aastaid hooldekodudes, pikaajalisemad uuringud näidanud, et enamus inimesi, isegi need, kelle probleemid on kõige keerulisemad, on laiendanud oma sotsiaalseid võrgustikke, omandanud iseseisvalt elamise oskuseid, parandanud oma elukvaliteeti ning nad ei ole uuesti ravi vajanud.⁵²

⁴⁴ ANED (2009) The Netherlands – ANED country profile <http://www.disabilityeurope.net/content/pdf/Netherlands%20ANED%20country%20profile.pdf>. Oma raportis viitab ANED järgmistele dokumentidele: EU Monitoring and Advocacy Programme, Open Society Institute (2006) Rights of people with Intellectual Disabilities: Access to Education and Employment. Summary Reports, The Netherlands. Open Society Institute, Hungary. www.eumap.org http://www.osmhi.org/contentpics/202/id_nl.pdf

⁴⁵ Applica & CESEP & European Centre (2007) Study of the Compilation of Disability. Statistical Data from the Administrative registers of Members States.

⁴⁶ UK deinstitutsionaliseerimise ajalugu on võetud Helen Killaspy poolt läbiviidud ulatuslikust uuringust. Killaspy, H. (2006). From the asylum to community care: learning from experience. *British Medical Bulletin* (2006) 79-80 (1): 245-258. doi: 10.1093/bmb/ldl017 Avaldatud elektrooniliselt: 23. jaanuar 2007.

⁴⁷ Department of Health and Social Security (1971). *Hospital Services for the Mentally Ill*. London: HMSO.

⁴⁸ Department of Health and Social Security (1975). *Better Services for the Mentally Ill*. London: HMSO.

⁴⁹ Department of Health and Social Security (1981). *Care in the Community*. London: HMSO.

⁵⁰ House of Commons Social Services Committee (1985). *Community Care With Special Reference to Mentally Ill and Mentally Handicapped People*. London: HMSO. Department of Health and Social Security.

⁵¹ Coid J. (1994). Failures in community care: psychiatry's dilemma. *Br Med J* 1994;308;:805-806.

⁵² Leff J. (1997). *Care in the Community: Illusion or Reality?* London: Wiley.

Leff J, Trieman N. (2000). Long stay patients discharged from psychiatric hospitals. Social and clinical outcomes after five years in the community. TAPS Project 46. *Br J Psychiatry* 2000;176:217-223.

Trieman N, Leff J. (2002). Long-term outcome of long-stay psychiatric inpatients considered unsuitable to live in the community: TAPS project 44. *Br J Psychiatry* 2002;181:428-432.

Thornicroft G, Bebbington P, Leff J. (2005). Outcomes for long-term patients one year after discharge from a psychiatric hospital. *Psychiatr Serv* 2005;56:1416-1422.

Ida-Euroopas hakati DI-ga tegelema alles pärast nende riikide liitumist Euroopa Liiduga 2004. aastal, mil ELi Struktuurifondidest saadav toetus võimaldas katta sellega seotud kulusid.

Esimese katse tulemusena investeeris riik Slovakkias kogukonnapõhiste teenuste asemel vahemikus 2007-2011 ligi 200 miljonit eurot suurtesse ja eraldatud institutsioonidesse.⁵³ Euroopa Komisjoni negatiivse tagasiside tõttu koostati MTÜde ja oluliste ekspertide osavõtul 2011. aastal uus arengukava.

Ungaris kavandas valitsus uute institutsioonide rajamist, kus oleks kuni 150 voodikohta, ja seda ELi struktuurifondide toel, kuid MTÜde ja erialaspetsialistide vastasseis viis Riikliku arengufondi poolt esialgse plaani tagasivõtmiseni 2009. aastal ja aastaks 2011 töötati välja uus kontseptsioon.⁵⁴ Teisalt leidsid uurijad, et Ungari valitsus on vahemikus 1996-2006 investeerinud vahendeid suurte institutsioonide ehitamiseks ja renoveerimisse, kuigi esimene deinstitutionaliseerimist puudutav seadus võeti vastu 1998. aastal.

Halduspoliitika Instituudi uuringus töid autorid välja, et Rumeenias oli vahemikus 2007-2013 rõhk olemasolevate institutsioonide kaasajastamisel selle asemel, et arendada kogukonnapõhiseid alternatiive. Intervjuudest selgus, et suurte institutsioonide renoveerimist tingis vajadus tagada, et need asutused vastavad uutele kvaliteedinõuetele ja struktuurifondid olid hea allikas, kust selliseid tegevusi rahastada.⁵⁵

Eesmärgipärasem arendustegevus leidis aset Tšehhi Vabariigis, kus eelarveperioodil 2007-2013 töötati selle nimel, et motiveerida ja kaasata erinevaid osapooli ning toetada teenuste kasutajaid, spetsialiste ja kohalikke omavalitsusi.

Vaadates Ida-Euroopa deinstitutionaliseerimise esimese ringi vasturääkivaid tulemusi ei ole üllatav, et ÜRO Järelevalvekomitee oli oma ELile suunatud lõppmärkustes väga kriitiline.

“Komitee on mures, et üle kogu Euroopa Liidu elavad puuetega inimesed, eriti intellekti- ja/ või psühhosotsiaalse puudega inimesed, ikka veel institutsioonides selle asemel, et elada kohalikes kogukondades. Samuti selgub, et vaatamata seadusandlikul tasandil tehtud muudatustele jätkub mitmetes liikmesriikides ELi vahendite kasutamine suurte hoolekandeesutuste ülalpidamiseks selle asemel, et arendada puuetega inimeste tugiteenuseid kohalikes kogukondades.”⁵⁶

Järelevalvekomitee mitte ainult ei väljendanud muret, et vaatamata ÜRO Puuetega Inimeste Õiguste Konventsiooni ratifitseerimisele elavad paljud inimesed Euroopas siiani suurtes institutsioonides, vaid oli ka väga kriitiline ELi Komisjoni suhtes, mis oli lubanud suuri hoolekandeesutusi ülal pidada ja renoveerida struktuurifondide vahenditest.

Ettevalmistumine eelarveperioodiks 2014-2020 – DI teine laine

EL on samuti tunnistanud erinevate liikmesriikide poolset Struktuurifondide vahendite väärkasutamist.

“20. novembril 2013 kiitis Euroopa Parlament heaks uue regulatsioonide kogumi, mis puudutavad Struktuurifondide vahendite kasutamist, nimetades selle Ühtekuuluvuspaketiks 2014–2020. Esimest

⁵³ Monitoring of Absorption of Structural Funds in the Area of Social Services during the period of 2007-2011. INESS 2013.

⁵⁴ “One step forward, two steps backwards” Deinstitutionalisation of large institutions and promoting community-based living in Hungary through the use of the Structural Funds of the European Union. ELTE University 2011

⁵⁵ Briefing on Structural Funds Investments for People with Disabilities: Achieving the Transition from Institutional Care to Community Living, European Network on Independent Living – European Coalition for Community Living, December 2013 <http://www.enil.eu/wp-content/uploads/2013/11/Structural-Fund-Briefing-final-WEB.pdf> (viimati allalaetud: 26. september 2015)

⁵⁶ Lõppmärkused Euroopa Liidu Esialgsele raportile. September 2015.

korda sisaldavad Struktuurifonde puudutavad regulatsioonid otseselt viidet institutsionaalselt hoolekandelt kogukonnas elamisele ülemineku kohta, mis kuulub temaatilise eesmärgi “Sotsiaalse kaasatuse edendamine ja vaesuse ning igat liiki diskrimineerimise vastu võitlemine” alla (Struktuurifondide kasutamise ühised sätted, artikkel 9).

Üleminek institutsionaalselt hoolekandelt kogukonnapõhisele on üks Euroopa Regionaalarengufondist tervisesse ja sotsiaalsesse infrastruktuuri tehtavate investeeringute eesmärgi. EL peaks toetama vaid neid tegevusi, mis võimaldavad luua tingimusi iseseisvaks toimetulekuks. ELi Struktuurifondide vahenditest ei ole lubatud toetada mistahes tegevusi, mis viivad puuetega inimeste või eakate suurema institutsionaliseerimiseni.”⁵⁷

Liikmesriigid tunnistasid samuti oma eelnevate poliitikate vigu ja muutsid teatud määral oma arengukavasid.

Slovakkia ja Ungari võtsid 2011. aastal vastu uued DI strateegiad. Slovakkia plaanide kohaselt viidi 2015. aastaks riikliku statsionaarsete sotsiaalteenuste ümberkujundamise tegevuskava raames ellu 20 uut pilootprojekti⁵⁸.

Slovakkias on aga tegevuskava elluviimine osutunud problemaatiliseks. Enamust projektidest on tabanud pikad viivitused, kuna vahetunud on valitsuse liikmed ning kohalike omavalitsuste tasandil puuduvad selged strateegiad.

Vaatamata neile probleemidele on deinstitutionaliseerimine ja kogukonnapõhiste teenuste arendamine tasapisi edenendunud ning kõikidesse piirkondadesse laienenud. Toetamaks seda protsessi eraldas valitsus regionaalsest rakendusfondist perioodiks 2014–2020 lisaressursse.⁵⁹

Ungari uus DI strateegia hõlmas kava kujundada hoolekandeesutused ümber 30 aasta jooksul. Selle raames nähti ette uut tüüpi majutusteenuste loomist, nimetuse all toetatud elamine, mille puhul üksuste mahutavuspiiriks oleks 50 voodikohta. Finantseerituna veel eelarveperioodist 2007-2013, valiti deinstitutionaliseerimise esimesse lainesse, pärast esimese kava läbikukkumist 2009. aastal, kuus suurt institutsiooni.⁶⁰

Perioodil 2014-2020 plaanib Ungari valitsus DI-ga jätkata. Siis on plaanis kasutada rohkem rahalisi vahendeid, koostatud on uus arenguprogramm, et edendada kogukonnapõhist hoolekannet. Uute teenuste struktuuri põhimõtted on järgmised:

- Pakkuda turvatunnet, samal ajal toetades teenuste kasutajate iseseisvat otsustamist (viies sisse toetatud otsuste tegemise);
- Inimesele suunatud ja individuaalsetest vajadustest lähtuvad teenused, mis rikastavad kasutajate sotsiaalset kapitali;
- Teenuste võrgustik, valdkondade vaheline koordineerimine (sotsiaal-, tervishoiu-, kutsealased ja kultuuriteenused);
- Juurdepääsetavad teenused, mis on kõigile kättesaadavad nende oma kogukonnas 20 km raadiuses;

⁵⁷ Euroopa Liidu vastused Lahendamist vajavate küsimuste loetelule. Juuni 2015.

⁵⁸ http://www.employment.gov.sk/files/legislativa/dokumenty-zoznamy-pod/narodny-plan-deinstitutionalizacie_en.pdf (viimati allalaetud: 26. september 2015)

⁵⁹ Implementation of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities in Slovakia. Alternative report of non-governmental and disability persons organizations. Juuli 2015. http://www.mdac.org/sites/mdac.info/files/crpd_slovakia_alternative_report.pdf (viimati allalaetud: 26. september 2015)

⁶⁰ Bugarszki, Zs., Eszik, O., Szentkatolnay M., Sziklai, I.: Deinstitutionalization and Promoting Community-Based Living in Hungary. ELTE University, 2011

- Juurdepääs ühistranspordile;
- Vältimaks eraldatud “puuetega” piirkondade või külade tekkimist, seab strateegia majutusteenust kasutavate puuetega inimeste osakaalu ülempiiriks 10% antud kogukonna elanikest.⁶¹

2007. aastal võttis Tšehhi Vabariigi valitsus vastu dokumendi nimetusega "Kontseptsioon toetamaks statsionaarsete sotsiaalteenuste muutmist teist liiki sotsiaalteenusteks, mida osutatakse kasutaja loomulikus kogukonnas ja mis toetavad kasutaja sotsiaalset kaasatust ühiskonda".⁶² See strateegiadokument määratleb eesmärgid ja vahendid üleminekuprotsessi ja DI toetamiseks, mida hetkel Tšehhis ellu viiakse.

Projekti üldine eesmärk põhines sotsiaalteenuseid puudutava hetkeolukorra põhjalikul analüüsil selleks, et luua nende teenuste muutmist toetav laiaulatuslik süsteem; koostada arengukavu; tõsta teadlikkust; luua vertikaalse ja horisontaalse koostöö süsteem kõigi institutsionaalse hoolekande muutmise protsessis osalejate vahel; toetada praegustes hoolekandeesutustes elavate inimeste elamistingimiste parandamist ja edendada statsionaarsete sotsiaalteenuste kasutajate inimõigusi, nagu ka nende õigust elada võrdväärset elu võrreldes nendega, kes elavad loomulikus keskkonnas.⁶³

Projekti uues faasis oli tegevus suunatud kõikide piirkondade teatud hulga kõrgeima riskiga asutuste pilootprotsessiga alustamisele, nii et see hõlmaks kõikide osapoolte koostööd ja muutmisprotsess ise oleks läbipaistev.

Jätkamaks DI-ga on Tšehhi koostanud riikliku plaani puuetega inimeste võrdsete võimaluste suurendamiseks perioodil 2015–2020, kus on ära toodud järgmised täpsemad eesmärgid ja meetmed:

- Kogukonnapõhiste teenuste arendamine, mis peegeldavad puuetega inimeste vajadusi ja aitavad säilitada nende loomulikku sotsiaalset keskkonda; vastusena suurte hoolekandeesutuste vähendamisele.
- Sotsiaalteenuste, mis vastavad puuetega inimeste vajadustele ja aitavad neil jääda oma loomulikku keskkonda, rahastamine.
- Puuetega inimeste hooldajate toetamine.
- Sotsiaalteenuseid osutavate inimeste koolitamine ja arendamine.
- Peamistele sihtgruppidele suunatud avalike suhete alaste tegevuste toetamine.
- Psühhiaatrilise hoolekande ja selle sotsiaalteenuste süsteemiga seotud osa reform.
- Puuetega inimeste vajadustega kohandatud sotsiaalmajutusüksused.
- Programmid puuetega inimeste tagasi toomiseks tööturule.⁶⁴

ÜRO Järelevalvekomitee ei analüüsinud Puuetega Inimeste Õiguste Konventsiooni rakendamist mitte ainult ELi tasandil, vaid vaatles ka konventsiooni ratifitseerinud liikmeriikide olukorda. Ungari ja Tšehhi puhul on esimene järelevalveperiood juba läbi ja me saame vaadata komitee lõppmärkuseid.

Pöördudes Ungari valitsuse poole võttis komitee arvesse, et riik on tunnistanud vajadust asendada puuetega inimeste suured sotsiaalhoolekandeesutused kogukonnapõhistega (deinstitutsionaliseerimine). Samas märgiti murega, et riik on seadnud deinstitutsionaliseerimise kui

⁶¹ Fejlesztési koncepció-javaslat a fogyatékos személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi fér helyek kiváltásáról szóló stratégia (2011-2041) végrehajtásának el segítésér l a 2015-2020. id szak tervezéséhez. Fogyatékos Személyek Esélyegyenl ségért Közhasznú Non-Profit Kft. Budapest 2015

⁶² Resolution of the Government of the Czech Republic of 21 February 2007 No. 127.

⁶³ Tšehhi Vabariigi Esialgne raport ÜRO Puuetega inimeste õiguste komiteele. November 2011

⁶⁴ Tšehhi Vabariigi vastused Lahendamist vajavate küsimuste loetelule. Detsember 2014

eesmärgi täitmiseks enneolematult pika tähtaja, 30 aastat. Komitee oli samuti mures, et Ungari on kasutanud ELi vahendeid suurte institutsioonide rekonstrueerimiseks, mis süvendab eraldatust.⁶⁵

Soovituseks:

“Kutsub Komitee riiki üles tagama piisav rahastus, et puuetega inimestel oleks võimalik efektiivselt kasutada vabadust valida eluase sarnaselt teiste inimestega; kasutada oma igapäevaelus kõiki kodus ja asutustes pakutavaid ning muid kogukonnapõhiseid teenuseid, s.h. isiklik abistaja; ja kasutada mõistlikke abinõusid, mis toetavad nende kogukonda kaasatust.

Komitee kutsub riiki üles vaatama üle rahaliste vahendite, k.a. ELi poolt eraldatud regionaalsete vahendite, eraldamine, mis on suunatud puuetega inimestele tugiteenuste osutamiseks ning väikeste kogukonnapõhiste majutusüksuste struktuur ja toimimine tagamaks, et need oleksid täielikus vastavuses Konventsiooni artikliga 19.”⁶⁶

Oma lõppmärkustes märgib komitee murega, et ka Tšehhi Vabariik investeerib rohkem institutsionaalsesse kui kogukonnapõhisesse hoolekandesse. Komitee soovib riigil eraldada piisavalt vahendeid kogukonnapõhiste tugiteenuste arendamiseks. Komitee soovib ka töötada välja kindel ajakava koos täpsete väljunditega, et „Riiklik plaan puuetega inimeste võrdsete võimaluste suurendamiseks perioodil 2015–2020 Tšehhi Vabariigis“ ellu viia.⁶⁷

DI protsessi tugevuste, puuduste ja mõju kohta psüühilise erivajadusega inimestele Eesti kontekstis võib välja tuua järgmist.

Tugevusteks, millele saab toetuda DI protsessi läbiviimisel on, et Töötukassa on teinud omapoolseid ettevalmistusi ja tegeleb psüühilise erivajadusega inimeste tööhõive küsimustega, sh teenuste ja toetuste osutamisega nii erivajadustega töötajatele kui ka tööandjatele, kes neid tööle rakendavad. Tugevuseks võib pidada seda, et Eestis on teenuseosutajad regioonides, kellel on praktilised kogemused psüühilise erivajadusega inimestega. Nende häid kogemusi saab DI protsessis rakendada ja levitada.

Psüühilise erivajadusega inimeste toetamist ja sellega seotud DI protsessi peetakse eelkõige erihoolekandeteenuseks, mis on riigi rahastusega ja mille eest vastutavaks peetakse AS-i Hoolekandeteenused. KOV on pigem orienteeritud tavahoolekandele. See on ka põhjus, miks KOV-d on sellel teemal passiivsed.

Probleem on DI-ga seotud osapoolte vähene teadlikkus DI protsessist ja nende osast selles, sest osapooled pole ettevalmistamisse ja elluviimisse piisavalt kaasatud ning täpselt pole määratletud vastutus DI eest Eestis. Probleem on ka teabe ebäühtlane kättesaadavus toetusüsteemi kohta. Töötajad, psüühikahäirega inimeste nõustajad ja teenuse osutajad töid intervjuudes välja tugeva vajaduse koondada toetusmeetmete info (Töötukassa, Sotsiaalkindlustusamet, KOV tasand, rehabilitatsiooni-, tervishoiu- ja hariduse valdkondade tugisüsteem) ühte andmebaasi ning teha see kõigile kättesaadavaks.

Kohalikud omavalitsused ei ole valmis klientide kogukonda naasmiseks, kuna napib ressursse, kogemusi ja oskusi, et valmistada kogukonda DI protsessiks ette. Probleemiks on ka vabade

⁶⁵ Lõppmärkused Ungari esialgsele perioodilisele raportile, heaks kiidetud Komitee kaheksandal sessioonil (17.-28. september 2012)

⁶⁶ Lõppmärkused Ungari esialgsele perioodilisele raportile, heaks kiidetud Komitee kaheksandal sessioonil (17.-28. september 2012)

⁶⁷ Lõppmärkused Tšehhi Vabariigi esialgsele raportile. Mai 2015.

elupindade leidmine ja tugiteenuste ebapiisav kättesaadavus. Enne tuleks leida abinõusid, mis toetaksid kohalikke omavalitsusi nii kogukonna teavitamise, elukoha leidmise kui ka tugiteenuste arendamisel, alles siis saaks hakata ette valmistama DI protsessi. Tuleks leida ka meetmeid, mis toetaksid kohalikke omavalitsusi nii kogukonna teavitamise, elukoha leidmise kui ka tugiteenuste arendamisel.

Inimeste kogukonda suunamiseks ja seal elamise tugiteenusteks ei ole lisaks omavalitsustele ja kogukonnale valmis ka psüühilise erivajadusega klientidega tegelevad tööandjad. Tööandjatele on küll loodud motivatsioonipakett, kuid puudub toimiv metoodika psüühilise erivajadusega klientide kaasamiseks tööturule. Tööandjatele puuduvad tagatised ja mehhanismid, mis tagaksid tööandjale võimalused olukorras, kui töötaja olukord tulenevalt tema tervislikust seisundist halveneb ja ta ei ole ajutiselt võimeline oma töökohustusi täitma. Tööandjad vajavad enda sõnul koolitusi ning toetusmeetmete bürokraatia vähendamist.

Deinstitutionaliseerimine ja sellega seotud kogukonnapõhiste teenuste arendamise kohta ütlevad teenuse arendajad, osutajad ja kasutajad, et infot on vähe ja selget pilti kavandatavatest muudatustest ei ole. Pigem usutakse idee headusse. Kuid et sellest kasu oleks, on vaja mõtteviisi muutust, keskkonna kohandamist, oluliselt suuremat ja mitmekülgsemat teenustepaketti ja valdkondade ülese koostöö loomist süsteemi tasandil.

Erinevad DI protsessi osapooled leiavad, et oluline on ära kuulata ja kaardistada kõikide osapoolte (psüühikahäiretega inimesed ise, nende lähedased, teenuseosutajad, arendajad, tervishoiusüsteemi- ja haridussüsteem, korrakaitse, Töötukassa, Sotsiaalkindlustusamet jt) esindajad, nende senised kogemused, hirmud ja ootused ning sellelt aluselt samm-sammult edasi minna.

3. Kogukondade riskid ja nende maandamine teiste riikide näitel. Tegevused, mida on rakendatud hoiakute muutmiseks, et psüühilise erivajadusega inimesi kogukonda paremini integreerida. Tegevused, mida saaks Eestis rakendada.

Vastutuse jagamine valitsuse ja kohalike omavalitsuste vahel tekitas paljudes Ida-Euroopa riikides pingeid. Detsentraliseerimine ja sõltumatus olid selles piirkonnas vastloodud demokraatiate olulised osad, mis on ilmselge poliitiline saavutus, aga omavalitsuste jätkusuutlikkus oli pidevalt küsimärgi all. Ressursside puudumine viis hoolekandesüsteemi mittesoovitavate praktikateni. Selle asemel, et luua kogukonnapõhiseid teenuseid, mis võiksid pakkuda haavatavatele inimestele arvestatavat tuge, eelistasid omavalitsused suunata inimesi regionaalsete/ riiklike teenuste juurde (täpsemalt institutsioonidesse). See tekitas suurenenud nõudluse institutsioonide järele ja jättis vähem ressursse kogukonnapõhiste teenuste arendamiseks, mis viis omakorda suurema institutsionaliseerimiseni. Seda võis täheldada kõikides uuringuga hõlmatud Ida-Euroopa riikides.

Kui DI Ida-Euroopas algas, olid hoolekandesüsteemi pinged keskvalitsuste ja omavalitsuste vahel juba tekkinud. Nii kohalikud kui ka regionaalsed omavalitsused võitlesid oma koha pärast, samas kui keskvalitsusi kohustasid tavaliselt nende parlamentide poolt allakirjutatud ja ratifitseeritud rahvusvahelised lepingud. Nende pingetega toimetulekuks leidsime kasutusel olevat erinevaid strateegiaid. Ungaris on valitsus otsustanud tsentraliseerida kõikide suurte institutsioonide juhtimise, jättes teenuste süsteemist kõrvale maavalitsused. Selline tsentraliseerimine lõi DI-ks paremad eeldused, sest selle asemel, et läbi rääkida 19 maavalitsusega, tuli valitsusel tegeleda vaid ühe valitsuse loodud riikliku organisatsiooni juhatuse liikmetega. Sama mehhanismi kasutati ka kohalike

omavalitsuste puhul, kui Ungaris muudeti seadusandlust ja viidi kaks kõige olulisemat kogukonnapõhist teenust valitsuse kontrolli alla, jättes omavalitsused kõrvale. Teenuste kasutajad pidid teenuse saamiseks pöörduma otse valitsusasutusse, mis finantseeris teenust kogu riigis. Leidsime, et selline tsentraliseerimine jättis kõrvale väga olulised kohalikud partnerid, aga viis samas põhiliste teenuste optimaalsema pakkumiseni ja võimaldas riigi peaaegu täielikku katvust. Teenused on stabiilsemad, aga süsteem vähem demokraatlik.⁶⁸

Tšehhis valiti täiesti teine lähenemine. Seal ei viidud ühtegi reformi ellu enne, kui kõik osapooled (k.a. regionaalsed ja kohalikud omavalitsused) olid nõus deinstitutionaliseerimist toetama ja selles osalema. Strateegia põhielementideks olid koolitused, motiveerivad stiimulid, kaasamine ettevalmistustesse ja elluviimisesse. Suurte institutsioonide sulgemisega alustati alles siis, kui kõik osapooled olid sellega nõus. Eelarveperioodil 2007-2013 kasutati Tšehhi Vabariigis enamuse ELi struktuurifondide vahenditest selliseks ettevalmistustööks.⁶⁹

Eestis märkasime keskvalitsuse ja kohalike omavalitsuste vahel sarnaseid pingeid. Peale DI esimest lainet on aset leidnud teatav tsentraliseerimine. Luues ühe suure teenustepakkuja (AS Hoolekandeteenused), koondati enamuse suuri institutsioone ühe katuse alla, samal ajal kui kogukonnapõhiste teenuste osutamine jäi kohalike omavalitsuste ülesandeks. Suurte institutsioonide koondamine ühtse juhtimise alla lihtsustab kindlasti nende sulgemist. Aga see ei lahenda kõikide osapoolte kaasamise vajadust. Ilma omavalitsuste pühendumise ja osaluseta ei ole deinstitutionaliseerimist võimalik ellu viia. Ükskõik milliseid teenuseid suured teenuste osutajad kogukonnas juurutavad, kui kohalikud omavalitsused ei osale, ei muutu teenused ka kohaliku tugivõrgustiku osaks.

Eesti spetsialistide intervjuudele baseerudes võib välja tuua, et probleemiks on kogukonna valmisolek psüühilise erivajadusega klientide toetamiseks ja nende kogukonnas elamise võimaluste laiendamiseks. Abi pole olnud ka selgitustööst kogukonnas, eelarvamused pole sellega kadunud. Eelarvamused on seotud hirmudega turvalisuse pärast, majanduslike põhjustega, nt kinnisvarahindade langus, äritegevuse langus jmt – kardetakse kaotada kliente.

AS Hoolekandeteenused spetsialistid tõid uurimuses riskidena välja väliskeskonna vähest kohandatust erivajadusega inimestele (liiklusturvalisusest kõnniteedel ühistranspordi kasutamise võimalusteni välja) ja ümbritsevate inimeste halvaks panevat suhtumist (tõrjumine, kiusamine). Lahendusena nähakse nõustamist ja koostööd kohalike ettevõtjate ning haridusasutustega.

Selleks, et DI protsessi ühiskonnas läbi viia, on vaja vaadata asju veidi teise nurga alt. Vaja on soodustada taastuvate erihoolekande klientide ja neid esindavate organisatsioonide enda eest seismise võimekust, mida hetkel ei ole ja muuta nad sarnasteks nt omastehoolajatele, kes viimasel ajal on hakanud enda eest seisma. Sellest võib alata hoiakute muutumine. Olulisel kohal on ka kogemusnõustamine.

Peamiseks väljakutseks on, kuidas vähendada kogukonna vastuseisu psüühilise erivajadusega klientide kogukonda integreerimisele ning kuidas vähendada stigmat ja sildistamist ja toetada seda, et isik oleks valmis oma erivajadustest rääkima. See protsess nõuab palju aega ja jõupingutusi ning seda hoiakute muutmise tööd tuleb teha kõigil kolmel tasandil – kliendi, kogukonna ja riigi tasandil.

⁶⁸ Bugarszki, Zs., Eszik, O., Szentkatolnay M., Sziklai, I.: Deinstitutionalization and Promoting Community-Based Living in Hungary. ELTE University, 2011

⁶⁹ Tšehhi Vabariigi vastused Lahendamist vajavate küsimuste loetelule. Detsember 2014

Oluline on liikuda mõtteviisi „kliendist kodanikuks“ suunas. See tähendab, et klient võtab vastutuse ise otsustada ja vastutada ning et ressursside koordineerimisel liiguvad rahad koos inimesega. Eesti hoolekande klienti ümbritseb juba suhteliselt palju inimesi ja rahastusvõimalusi. Muuta tuleb ametkondade, koostööpartnerite ja tööandjate hoiakuid psüühilise erivajadusega klientide toetamise ja kogukonnas elamise kohta ning informeerida neid DI olemusest ja vajalikkusest.

Eesti kogemuseks on, et tööandjad, kes on võtnud tööle erivajadusega töötajaid, näevad selles ka kasu organisatsiooni töökultuurile, sh töökeskkonna sõbralikumaks muutmisele jmt.

Psüühikahäirega isikutele on eelkõige vaja töökohtade emotsionaalset kohandamist vajadustele vastavaks. Selles osas tuleb tööandjal leida lisalahendusi, juhendada ja teha järelevalvet ohtlikes olukordades. Uute erivajadusega töötajatega peavad harjuma ka töökaaslased. Juhendajale tähendab see lisakoormust, jälgimist ja ohutuse tagamist ning tööandaja jaoks täiendavat kulu juhendamisele ja jälgimisele. Erivajadusega töötajatele eraldi töökohti ja/või üksust luues tuleb tööandjal ja kõigil töötajatel läbida koolitus, et vajadusel oskaks inimesi töökohtadel toetada ja juhendada. Tööandjate motiveerimiseks on vaja pakkuda soodustusi psüühilise erivajadusega inimeste tööle võtmiseks. Motiveerima peaks ka eluaseme kohaldajaid ja ehitajaid.

Kokkuvõtvalt võib kogukondade riskide ja nende maandamise võimaluste kohta öelda, et hetkel ei olda DI protsessiks valmis. Kuid edaspidi **soovitame järgida pigem Tšehhi eeskujuga ja kaasata DI teise lainesse intensiivselt omavalitsused, pannes neile vastutuse lõimumise eest. Peame ka tagama, et kohaliku tasandi partneritel oleks juurdepääs arengut toetavatele ELi vahenditele ja paindlikkus kujundada oma toetusüsteem kohalikele oludele vastavaks. MTÜde, uuenduslike algatuste ja eriti teenuse kasutajate juhitud organisatsioonide kaasamine võimaldab kasutada kõiki kogukonnas peituvaid ressursse. DI-ga ei saa tegeleda vaid mõned valitud osapooled.**

Kohapealsete partnerite kaasamiseks on oluline teha üle Eestilist teavitustööd DI kohta kogukondades. Kohalikud kogukonnad on tavaliselt mures, et puudega inimesed kolivad oma kodukanti ja peavad seejuures kogema vastupanu, sest kohalik elanikkond on vaenuliku suhtumisega. Kindlasti on oluline jätkata teavitustööd hoiakute muutmiseks, et psüühilise erivajadusega inimesi kogukonda paremini integreerida. Samas kogemused näitavad, et riiklikud kampaaniad ja meediasündmused pole nii tõhusad kui arutelud ja tõelised silmast silma kohtumised kohalike kogukonna elanike ja kogukonda sisenejate vahel. Seetõttu on vaja teha koostööd meediaga edulugude kajastamisel, et vähendada kogukondade teadmatust ja sellest tulenevat hirmul rajanevat vastuseisu. Tegeleda tuleb ka ametnike hoiakute muutmise ja ametnike koolitamisega ning kogukonda naasvate inimeste enda ettevalmistamisega, et nad mõistaksid uut olukorda võimalusena ning oleksid enda õigustest, võimalustest ja riskidest teadlikud.

4. Muudatused, mida tuleks Eesti erihoolekandesüsteemis ellu viia, et soodustada psüühilise erivajadusega isikute integreerimist kogukonda, arvestades teiste riikide parimaid praktikaid

Muudatusettepanekute kohta Eesti erihoolekandesüsteemi arendamiseks ja psüühilise erivajadusega isikute kogukonda integreerimise soodustamiseks võib välja tuua järgmist.

Erihoolekandesüsteemi on vaja arendada terviklikult ja koos seonduvate teenustega (nt Töötukassa teenused, eluaseme võimalused, tervishoiu- ja haridussüsteem jne). Nii erivajadusega inimesed kui ka tööandjad vajavad motiveerivaid ja hõlpsalt rakendatavaid toetusmeetmeid, mis lähtuvad regiooni vajadustest ning on kättesaadavad ja võimaldavad psüühikahäirega inimestel astmelist liikumist institutsioonist kogukonda ja vajadusel tagasi. Oluline on seejuures bürookraatlike mehhanismide ja nõuete minimeerimine ja paindlikkus. Tähtis on näha inimest tervikuna – lisaks eluasemele ja tööle vajab ta ka seltsielu ja taskukohaseid vaba aja veetmise võimalusi, need võiksid olla võrdselt kättesaadavad kõikidele kogukonna liikmetele.

Kesksel kohal teenuste arendamisel on kõikehõlmav koostöö KOV-de, valdkondade, institutsioonide, spetsialistide ja kliente esindavate organisatsioonide vahel.

Teenuste osutamise laiendamiseks on kõigepealt tarvis tegeleda **linna/valla kui elukeskkonna planeerimisega** nii, et inimestele oleksid teenused kättesaadavad. Vaja on tegeleda ka **ruumide kohandamisega ja personali koolitamisega teenuste osutamiseks**. Et tagada teenuste võrdset kättesaadavust, tuleb **välja töötada kogukonnas psüühiliste erivajadustega inimestele osutatavate teenuste rahastusmudel**, mis toimiks ja oleks jätkusuutlik.

Seoses DI protsessiga **on vajalik kättesaadavaks teha kogukonnas elamise ja toetatud elamise teenus**. Kohtadel on olemas inimesed, kes on huvitatud selle teenuse osutamisest, kuid puuduvad teadmised ja oskused, samuti pole regulatsioone, mis tagaksid teenuste jätkusuutlikkuse.

Lahendamist vajab sotsiaaleluruumi taotlemise ja saamise teema. Sageli on probleem, et omavalitsus ei anna sotsiaaleluruumi, kui tuleb välja, et inimene on psüühikahäirega. KOVIDel ei ole ressursse, et sotsiaaleluruume rajada, seda eriti väikestes piirkondades. KOV-d ei investeeri sotsiaaleluruumi rajamisse ja selles osas soovitakse pigem programmide loomist sotsiaaleluruumide ehitamiseks riigi poolt. Sotsiaalpindadel elavad sageli alkoholiprobleemidega inimesed ja taoline keskkond ei sobi psüühilise erivajadusega inimestele.

Tegeleda tuleb kogukonna selgitustööga, et tõsta inimeste tolerantsust ja maandada hirme.

Vajalik on tõhustada infovahetust teenuste kättesaadavuse parandamiseks. Info teenuste võimalustest peab olema avalik ja kättesaadav.

Töötukassa tööd tuleb arendada koostöös/kooskõlas erihoolekandesüsteemi arendamisega, muidu pole võimalik lahendada töökohtade saamisega ja tööil püsimisega seotud probleeme. Oluline on kokku leppida nii selles, mida peaks muuta kehtivas süsteemis, kui ka teenuste rahastamise küsimustes. Kokkulepped peavad olema räägitud läbi kõigi osapooltega ja ka kõigi poolt üheselt mõistetud ja aktsepteeritud. Enne läbirääkimisi ja kokkuleppeid tuleb abivajadus kaardistada, et vajalikke tegevusi prognoosida.

Tööandjad on huvitatud toetusmeetmetest. Vajalik on tagada erivajadusega inimesi kaasvatele tööandjatele õigeaegne, kergesti leitav ja kompakne info Töötukassa toetusvõimalustest, mentor tööandjale, koolitused vahetutele juhtidele, tunnustus ja kvaliteedimärk, mis motiveeriks ja sotsiaalmaksu tasumise kohustust vastavalt isiku töökoormusele. Tööandjad soovivad võimalust, et nad saaksid inimesi kaasata renditööjõuna. Ettevõtjad arvavad, et omavalitsus võiks ettevõtteid, kes rakendavad tööle erivajadusega inimesi, märgata ja tunnustada. Soovitakse kasutada ka ettevõtte stardipaketiga toetamist juhtudel, kui alles alustav ettevõtte otsustab rakendada psüühilise erivajadusega töötajaid. Tööandjad soovivad rohkem teavet erivajaduste kohta, nt memosid, mida teha, kui midagi juhtub, tasakaaluhäired liinitööl näiteks.

Rahastusmudelina soovitakse kombineeritud süsteemi, milles oleks baasraha, mis annab stabiilsuse nii inimesele kui ka teenuse osutajale ja tagab teenuse kindla kvaliteedi ja ühtluse Eestis tervikuna. Baasrahale lisanduvad ülejäänud finantseerimisvõimalused, sh finantseeringud KOV-de, perekonna ja muude rahastajate poolt. Ühtne rahastusmudel on vajalik, et tagada raha investeringuteks, et kogukondades teenused välja arendada. Ilma teenusteta ei saa psüühikahäirega inimesed kogukonda minna.

Eeltoodud lahendused on paindlikud ja erivajadusi arvestavad. Samas tõdetakse, et DI protsess tugineb siiski missioonitundel, seda käsitletakse panusena ühiskonda. DI on eelkõige mõtteviisi küsimus, millel on kaks poolt. Ühelt poolt on see kliendi vaba soov, mille alus on kliendi harjumus saada teenuseid ja elada turvalises elukeskkonnas. Teiselt poolt on vaja inimesi aktiveerida, neid taastumisel toetada ja neid motiveerida iseseisvaks toetatud elamiseks kogukonnas.

DI protsessi käigus tuleb tegeleda kogukonna mõtteviisi kujundamisega ja anda elanikkonnale teavet kogukonna tervise, hoiakute ja käitumise kohta. Enesetunne ja enese sildistamine on võimsad vahendid. See toimib nii isiku kui ka pere tasandil. DI protsessiks peavad olema valmis nii kutselised abistajad sh kohalikud omavalitsused ja erihoolekanne kui ka elanikkond. DI on eelkõige hoiakute küsimus ja ruumid ning asutused on teisejärgulised, lihtsamad küsimused. Raskem on hoiakute muutmine. Vaja on leida innovaatilisi lähenemisi ja väljaspool raame mõtlemist.

5. Teenuste struktuur, juhtimise ja korralduse süsteem, jätkusuutlik rahastamise mudel, õigusraamistik, erinevate tasandite ja sektorite vaheline koostöö ja integratsioon, mis on optimaalseim Eesti erihoolekandesüsteemi tõhustamiseks tuginedes teiste riikide praktikale – tegevused, mida on vaja ellu viia (nt spetsialistide koolitamine).

Kogukonnapõhiste teenuste arendamine - regulatsioon ja jagatud vastutus

Võimaluste loomine ja toe pakkumine teenuse kasutajatele kogukondades on DI võtmeküsimus, mille suunas tuleb liikuda. Seda toetavad ka Euroopa Komisjoni deinstitutionaliseerimise ekspertrühma sõnastatud põhimõtted. Eestis tegutseb üle saja erihoolekandeteenuse osutaja, kes kõik on võimelised looma uusi kogukonnakeskseid erihoolekande teenuse kohti. Kitsendades reorganiseerimise õiguse ja kohustuse vaid suurtele erihooldekodudele on tulemus teenuse kasutajate arvamuse mitteamestamine oma elukorralduse suhtes ning ajaline piiratus tegevuste elluviimiseks.

Psüühilise erivajaduse ja õpiraskustega inimeste deinstitutionaliseerimiseks ja nende integreerimiseks kogukonda on vaja kujundada kõikide protsessi osapoolte, sh omavalitsuste, kogukonna elanike, teenuseosutajate, klientide ja psüühilise erivajadusega inimeste õiguste eest seisvate organisatsioonide, tööandjate, seadusloojate ja protsessi finantseerijate ühine arusaam protsessist ning kõikide osapoolte igakülgne kaasmine ja osalus kaasrääkijatena.

Vaja on kaasata DI teise lainesse intensiivselt kohalikud omavalitsused, pannes neile vastutuse lõimumise eest. Vastutus DI protsessi läbiviimise eest peab olema teadvustatud, üheselt mõistetud ja aktsepteeritud ning läbi räägitud kõigi osapooltega.

DI protsessiks peavad olema valmis nii kutselised abistajad, kohalikud omavalitsused kui ka elanikkond. Kohtadel tuleb tegeleda kogukonna tervise küsimustega, maandada inimeste hirme ja kujundada positiivset kogukondlikku mõtteviisi, sh sallivaid hoiakuid ja tolerantset käitumist. NB!

Võtmetegevus on siin kogukonna üle-eestiline teavitustöö ja õigeaegne infovahetus teenuste kättesaadavuse parandamiseks.

Tagada tuleb, et kohaliku tasandi partneritel oleks juurdepääs arengut toetavatele ELi vahenditele ja paindlikkus kujundada oma toetusüsteem kohalikele oludele vastavaks. MTÜde, uuenduslike algatuste ja eriti kasutajate poolt juhitud organisatsioonide kaasamine on oluline ka seetõttu, et kasutada ära kõik kogukonnas peituvad ressursid. Deinstitutionaliseerimine ei saa olla administratiivne küsimus, millega tegelevad ainult poliitikud ja mõned valitud osapooled. See on liikumine, millesse on kaasatud kõik kogukonnad ja laiem elanikkond.

Erihoolekandeteenuse edasisel arendamisel tuleks arvestada piirkondlikku tasakaalu ja vältida suurte teenuseüksuste, sisuliselt hooldekodude loomist, mis toetaks jätkuvalt institutionaliseerimist läbi suurtele teenuseosutajatele eelise andmise toetuse saamisel. Vaja on arvestada väikeste erihoolekande arendajate algatustega ja investeerida uute teenuskohtade loomisesse, seda nii teenuste arendamiseks kogukondades kui ka vajadusel ööpäevaringse toetusega kogukonna kesksete teenuskohtade loomiseks. See ei tähenda suuremate üksuste ärakadumist või sulgemist, vaid nende juhtimist paindlikult, tagades väiksemate üksuste töö kogukondades ja teenuse osutamise kohtadel.

Teenuste osutamise laiendamiseks on tarvis tegeleda omavalitsuste elukeskkonna planeerimisega nii, et inimestele oleksid kättesaadavad vajalikud teenused, sh taskukohase toetatud elamise ja toetatud töötamise võimalused, vaba aja veetmise võimalused ning terviseteenused. Vaja on tegeleda ka ruumide kohandamisega ja personali koolitamisega teenuste osutamiseks, samuti klientide motiveerimisega iseseisvaks toetatud elamiseks kogukonnas.

Teenuste osutamine

Soovitame luua jätkusuutliku koostöö riigi, omavalitsuste, ettevõtete ja inimeste vahel, et tekiks kaasav ühiskond. Keskvalitsuse ja omavalitsuste rollid tuleb selgelt eraldada. Sotsiaalhoolekande aspektist on tarvilik tugev side sotsiaalteenuste ja erinevates eluvaldkondades osalemise vahel, milles riigil on ilmne ja asjakohane roll abi vajavate inimeste hoolekandes. **Riigi peamine ülesanne on stimuleerida ja mobiliseerida kogukondlikke ressursse selle asemel, et neid asendada.** Ka rahvusvahelise kogemuse analüüs näitab, et isegi väljakujunenud heaoluühiskonnas ei ole sotsiaalkulud jätkusuutlikud, kui hoolekanne põhineb ainult professionaalsetel teenustel.

Vaja on välja töötada selge süsteem puuetega laste toimetuleku toetamiseks. Erivajadusega laste ja noorte DI küsimus on, mis saab lapsest edasi peale lapsepäevahoiu teenuse saamist. **Teenuste osutamisel on oluline tagada nende kvaliteet ja avalik konkurents osutajate vahel.** Praegu on teenuse osutamine väiksemate organisatsioonide poolt pärsitud, sest nad ei suuda konkureerida üle-eestilisel teenuste turul monopoolses seisundis oleva ASiga Hoolekandeteenused. **Vaja on arendada välja üle-eestiline teenuseosutajate võrgustik, mis tagab klientidele teenuste osutamise kogukondades ja millega saavad klientide toetamisel koos töötada piirkondlikud Töötukassa ja SKA üksused.** See motiveeriks teenuse osutajaid rohkem panustama ja investeerima ning toimiv koostöö nende võrgustikus tagaks teenuste jätkusuutlikkuse ja organisatsioonide stabiilsuse.

Psiühilise erivajadusega inimeste elamise toetamine

Seoses DI protsessiga on tarvis kättesaadavaks teha kogukonnas elamise teenus ja toetatud elamise teenus koos elamispinnaga (nt KOV või teenuse osutaja elamispinnal), arendades selleks kohalikke ressursse, koolitades ja nõustades potentsiaalseid teenuseosutajaid ja kaasates vajadusel kohalikku kapitali. Kohtadel on olemas inimesed, kes on huvitatud selle teenuse

osutamisest, kuid puuduvad teadmised ja oskused. Samuti pole õigeid regulatsioone, kuidas seda üleval pidada ja kuidas teenust kogukonnas käigus hoida.

AS Lõuna-Eesti Hooldekeskuse juhataja toob oma kogemusele põhinedes välja, et erihoolekandeteenuste vajajatele isikutele osutatavad teenused peavad olema astmelised (vajadustele vastavad) ning nõuded teenuseosutajatele mõistlikud, realistlikud ning DI sisulise idee teostamist toetavad. *Nt sätestatakse, et mitu inimest „tohivad koos lõunat süüa ja pilte kokku kleepida“ – et korraldus vastaks DI nõuetele; oluline on mõistlikkus ja mõistlik paindlikkus*). DI printsiipidest lähtuvalt teenuseid osutatavate teenusepakkujate stardipositsioon teenuste arendamiseks, osutamiseks peaks olema võrdne (*nt suurtel teenusepakkujatel on olemas ruumid jms, väiksemad teenuseosutajad peavad tasuma pangalaenusid jne*). (LEHK)

Klientidele peaks olema kättesaadav täiendav abi kogukonnas, nt mobiilne spetsialistide meeskond, kuhu kuuluvad vaimse tervise õde ja psühhiaater. Abi võiks anda pigem kodukülastuse vormis, mille kaudu saab rohkem informatsiooni, mille alusel anda paremini nõu nii KOVile, isikule kui ka perele. **Oluline on meeskonna mobiilsus ja ka kogukonna tervisedenduse temaatika.** Kui tuua kliendid kogukonda, kuid iseseisvat elamist ei toeta tervishoiuteenused, siis süsteem toimima ei hakka.

Teenuste väljaarendamisel on vaja tagada järjepidevus. Vajaduste hindamine peaks toimuma taastumisastme alusel, kuid arvestades eesmärkidena ka säilitamist ja hoidmist, et tervise ei halveneks. **Teenused peavad olema paindlikumad, vastama vajadustele, nende nimekirj peaks olema mitmekülgsem, et võimaldada inimesel liikuda lähtudes tervise olukorrast aste-astmelt edasi ja ka vajadusel tagasi.**

Kättesaadavad peavad olema teenused erinevatele spetsiifilistele sihtgruppidele, sh psüühilise erivajadusega lastele, noortele ja täiskasvanud inimestele, sh sõltuvusprobleemidega isikutele ja kohtumääruse alusel teenuseid vajavatele sundklientidele. Kättesaadavad peavad olema rehabilitatsiooniteenused ja huvitegevuse võimalused.

Psüühilise erivajadusega inimeste töötamine

Eestis soovitame kutsealaste rehabilitatsiooniteenuste osutamisel keskenduda lahendustele, mis on suunatud avatud tööturuga lõimumisele. Kutsealase koolituse programmid (nt Astangu Rehabilitatsioonikeskuses) on väga efektiivsed ja muljet avaldavate tulemustega, aga Eesti jaoks on probleem, et need programmid üldisest kutseõppest eraldi, mis soosib puuetega inimeste eraldatust ja eemaletõugatust.

Töövõimereformi raames soovitame omavahel tugevamalt siduda Töötukassa ja innovaatilised teenuste pakkujad, tunnustades nende kogemusi ja töö tulemusi, saavutades samas, et koordineeritud ja hoolsalt juhitud protsess tagaks, et antud valdkonnas tegutsevad alati kõige efektiivsemad ja innovaativsemad teenuste pakkujad.

Tööandjate motiveerimine ja reformidesse kaasamine on väga oluline. Praegune süsteem on liiga jäik ja ettevõtted vajavad raha taotlemiseks paindlikumat e-lahendustel põhinevat süsteemi. **Lisaks füüsilistele ümberkorraldustele tuleb rõhku panna koostöö tõhustamisele kohalike omavalitsustega ja teenuse osutajatega ning uutele töömeetoditele.** Samuti vajavad selles valdkonnas rohkem koolitust nii tööandjad kui ka Töötukassa spetsialistid.

DI protsessis on kaitstud töö teenuste kättesaadavus ja valmisolek teenusel osalemiseks peamiseks küsimusteks, selles osas on vajalik klientide motivatsiooni tõstmine. **Oluline on hoiakute muutus,**

mis julgustaks puudega inimesi tööle minema ja töö puudega laste vanematega, et nad julgeksid lasta lastel iseseisvuda. Vaja on laiendada juhtumikorraldajate koostööd pereliikmetega.

Lahendamist vajavad mitmed koostöös tehtavad tegevused ja otsustused, nt inimese tööle saamine ja sealt tagasi jõudmine, mida saab otsustada vaid Töötukassa ja KOVde koostöös. Koostöös tuleks lahendada ka tööandjate tegevusest teavitamine, nende võimaluste reklaamimine.

Tõhustada tuleb tööharjutusteenuste ja teiste teenuste hangete korraldamist, et osataks kujundada ja hinnata teenuste sisu, kujundada hindu, välja valida tehniliselt tugevad ja õiglased, kuid realistliku hinnaga pakkumised. Vaja on teostada järelevalvet teenuste osas, mis on pakkumise kaudu välja valitud ja osutatud.

Tööandjad on huvitatud toetusmeetmetest. Soovitakse süsteemset, õigeaegset ja kättesaadavat infot, mentorit tööandjale, koolitusi vahetutele juhtidele, tunnustusi ja kvaliteedimärki, mis motiveeriks. Tööandjad soovivad võimalust, et nad saaksid inimesi kaasata tööprotsessi renditööjõuna. Eeltoodud lahendused on paindlikud ja erivajadusi arvestavad.

Erihoolekande rahastussüsteem

Rahastamist puudutavad küsimused on tihedalt seotud jagatud vastutusega erinevate osapoolte vahel. Euroopa vaimse tervise süsteemide puhul on välja toodud viis peamist väljakutset⁷⁰ ja enamuse aspekte kehtib ka puuetega inimeste hoolekandes.

1. Ressursside ebapiisavus. Vaimse tervise valdkonnas ei ole piisavalt rahalisi ja teisi ressursse. Paljud riigid näevad vaeva tulude ja kulude tasakaalustamisega, kui nad püüavad tagada sotsiaal- ja tervishoiusüsteemi, nagu ka pikaajalise hoolduse jätkusuutlikkust. Üha suurenev erarahastamine, s.h. kulude jagamine tarbijate ja nende sugulaste vahel, on möödapääsmatu. Arvestades vaimsete häirete koormust, ei ole vaimse tervise valdkonnale eraldatavad ressursid piisavad.

Ressursside ebapiisavus on kitsaskoht ka Eestis. Vaimse tervise probleemide ja puuete koormus kasvab, samas kui võimekus sellega tegeleda on suures osas sama. DI-ga peab kaasnema ka võimekuse suurenemine kogukonnas koos lisaressurssidega vaimse tervise probleemide ja puuete inimeste hoolekandeks.

Ressursside vähesuse probleeme psüühilise erivajadusega klientide võimalikult iseseisva elamise, töötamise, õppimise jne toetamisel toovad välja kõik DI protsessiga seotud institutsioonid, sh nii suured kui väiksemad teenuseosutajad ja ka KOV-d.

2. Ressursside jaotus. Olemasolevad teenused on halvasti jaotatud. Näiteks osutatakse enamik teenuseid Tallinnas, samas kui on terveid piirkondi, mis ei ole teenustega kaetud. Kuna kohalikke omavalitsusi rahastatakse tavaliselt nende elanike arvust tulenevalt, tõmbavad suured linnad ja asulad ligi mitte ainult inimesi, vaid ka omavalitsuste ressursse. **Haldusreform võib siin aidata jätkusuutlikumaid kogukondi luua.** Luues jätkusuutlikumaid kogukondi võib Eestis planeeritud haldusreform neid küsimusi lahendada aidata.

3. Ressursside mittedistributsioon. Olemasolevad ressursid ei vasta rahvastiku vajadustele. Psühhiaatriahaiglad või suured 24 tundi hoolekannet pakkuvad institutsioonid tarbivad ressursse, mida võiks investeerida kogukonnapõhiste teenuste arendamisse. Teine probleem, nagu meie uuring näitas, on see, et tarbitakse palju selliseid teenuseid nagu psühhoteraapia ja

⁷⁰ Knapp, M.; Funk, M.; Curran, C.; Prince, M.; Grigg, M.; McDaid, D. (2006). Economic barriers to better mental health practice and policy. Health Policy Plan, 21(3), 157-170.

nõustamine, samal ajal ei ole me aga veendunud, et need teenused vastavad teenuse kasutajate põhivajadustele sellistes valdkondades nagu elamispind, iseseisev elamine või kutsealased oskused. Olles teadlikud hoolekandesüsteemi ressursside piiratud peame tagama, et kulutame teenustele seetõttu, et neid on vaja ja mitte seetõttu, et neid on seadusandluses nimetatud. Praegune rahastamise ja tagantjärele kulude katmise süsteem ei toeta soovitud muutusi ressursside jaotamises.

Eesti rehabilitatsioonisüsteemi puudutavas doktoritöös näitab Karin Hanga, et eksisteerib selge mittedsobivus selle vahel, mida inimesed vajavad ja mida süsteem pakub. Arvestades hoolekandesüsteemi piiratud ressursse peame tagama, et kulutame teenustele, mida on vaja, mitte teenustele, mis on loetletud seadusandluses. Praegune rahastamise ja kulude katmise süsteem ei toeta muutusi ressursside jagamises.

4. Ressursside jäikus. Järgalt korraldatud teenused ei ole vastavuses inimeste ja kogukonna vajadustega. **Rahastamise ja tagantjärele kulude katmise skeemid ei paku stiimuleid ressursi kasutamise paindlikumaks muutmiseks.** Tegelikult säilitavad eelarvemehhanismid pigem praegust teenuste struktuuri. Väga keeruline on leida võimalusi, kuidas rahastada uusi alternatiivsed (kogukonnapõhised) teenuseid. Sotsiaaltöö on oma olemuselt loov ja kohanev, kuid surudes teenused raamidesse jääb tegelike probleemide lahendamiseks väga vähe ruumi.

Eestis on peamiseks lahenduseks siiski kõikide sotsiaalteenuste elementide keskne reguleerimine. Unikaalsete ja loovate kohalike lahenduste jaoks jääb siin vähe ruumi. **Suurema vastustuse eeldamine kohalikul tasandil peab võimaldama ka rohkem paindlikkust kohalike probleemidega tegelemisel.**

Deinstitutionaliseerimise protsessis on oluline võtta arvesse sihtgrupi mitmekesisust, võimekust, toetusvajaduse raskusastet. DI ei tohiks kaasa tuua ebamõistlikku ressursikulu, erihoolekandeteenuse klientide „ärakasutamist“ ning abita jäämist (nt kui ei järgi raviskeemi, kui lisaks narkosõltuvus jms) (LEHK).

5. Ressursside puudulik paiknevus. Olemasolevad tervishoiu ja sotsiaalhoolekande teenused vaimse häirega inimestele on halvasti koordineeritud. Probleemaatiline on nende teenuste rahastus ja kulude tagantjärele katmine, mis jäävad tervishoiu ja sotsiaalsüsteemi piirimaile ning samuti motivatsioon teenuste paremaks koordineerimiseks.

Kui Eestis on olemas juhtumikorraldus kui kogukonnapõhise hoolekande üks peamisi elemente, ei ole tal sellist koordineerivat rolli nagu erinevates juhtumikorralduse mudelites üle kogu maailma. Statsionaarne hoolekanne on ühedimensiooniline mudel, kus kõikide vajaduste eest hoolitsetakse ühes kohas, samas kui kogukonnapõhised lahendused koosnevad rohkem teineteisest eraldatud teenuste elementidest, tekitades iga kasutaja jaoks individuaalse toetuse portfoolio. Sellise hoolekande koordineerimine on oluline nii rahalisest kui rehabilitatsiooni aspektist.

Viimasel ajal võib teenuste rahastamisel märgata rohkem otsetoetuste skeeme. Seda seotuna kasutajate mõju kasvuga neile osutatavate hoolekandeteenuste suhtes ja liikumisega teenusekesksetelt lahendustelt inimesekesksetele.

Hollandis on puuetega inimestel võimalik saada isikliku hoolekande eelarve. Sellisel juhul maksavad nad teenuste eest, mida nad kasutavad. On võimalik omada ka eelarvet, kus maksed tehakse otse teenuse pakkujale.⁷¹

Valitsus on ka öelnud, et kaasavama ühiskonna loomine on nii ühiskonna enda kui ka puuetega inimeste ülesanne. Sotsiaaltoetuse seaduse vastu võtmine 2000. ja selle muutmine 2015. aastal on näide sellisest poliitikast, sest seal rõhutatakse iseseisva toimetuleku olulisust ning viiakse toetuse ja hoolekande osutamine riiklikult tasandilt kohalikule, s.t. kohalike omavalitsuste vastutada. Viimasel kümnendil on Hollandi valitsus algatanud poliitikameetmeid suurendamiseks puuetega inimeste osalemist tööturul (s.h. tavapärase tööturg, täis- ja osakoormusega töötamine, toetatud töötamine).

Arvatakse, et Suurbritannias on õpiraskused umbes 1,2 miljonil inimesel⁷². Enamus neist elab kogukonnas. 12% neist kasutab mingit liiki spetsiaalset majutusteenust, s.h haiglaravi. Majutusteenuste eest vastutavad omavalitsused. Umbes 110 000 täiskasvanut kasutab kohalike omavalitsuste rahastatud kogukonnapõhiseid teenuseid. 43 000 kasutab otsetoetusi/isikustatud eelarvet (mida nimetatakse inimesekeskseks toetuseks). 2010/11 kulutasid kohalikud omavalitsused õpiraskustega täiskasvanute otsetoetusteks 260 miljonit naela, mis on, kui arvesse võtta ka inflatsiooni, kasvanud alates 2005/06 40% aastas. 380 000 õpiraskustega täiskasvanut said puudega isiku elatisraha. Samas on inimeste arv, kes taotleavad puudega isiku elatisraha, viimasel kümnel aastal suurenenud vaid 5%.

Varem esines erinevaid isikustatud rahastus- ja otsetoetusvõimalusi pigem Skandinaavia ja Lääne-Euroopa riikides, aga nüüd leidsime neid ka Tšehhis ja Slovakkias.

Tšehhi Vabariigis pidasid puuetega inimeste eest seisvad aktivistid otsetoetusi üheks sotsiaalteenuseid puudutava uue seadusandluse peamiseks sambaks. Praegusel hetkel on käimas sotsiaalteenuste rahastamise radikaalne muutmine, voodikohtade või kohtade alusel rahastamiselt minnakse üle otsetoetustele.

Inimesed, kes vajavad igapäevaelus teiste abi oma vanuse või tervisliku seisundi tõttu, saavad hooldustoetust suurendamiseks oma kompetentse ja parandamiseks hoolduskeskkonda nii, et igaüks võib valida individuaalselt kõige praktilisema ja kasulikuma viisi oma vajaduste rahuldamiseks. Selle toetuse eesmärk on tagada vajalik abi nii mitteformaalselt (nt perekonnaliikme või naabri poolt) kui formaalselt (nt registreeritud sotsiaalteenuste osutaja poolt). Hooldustoetust eraldatakse neljas osas vastavalt inimese välisest abist sõltumise määrale, mille teevad kindlaks meditsiiniline hinnang ja sotsiaaluuring. Vastavalt abi vajamise määrale on erinev ka rahalise toetuse tase. Lisaks tehakse vahet alla 18-aastastel ja üle 18-aastastel.

Kogukonnapõhiste teenuste rahastamine

Praegune erihoolekandesüsteemi arendamine AS Hoolekandeteenuste eelisrahastamise kaudu aitab säilitada sama olukorda ja ei vii edasi DI protsessi. Pole välja arendatud lahendusi (sh raha suunamist), et toetada arendustööd kogukondades ja pakkuda omavalitsustele piisavat toetust praeguse teenuste süsteemi edasiarendamiseks ja tõhustamiseks. Olemasolev rahastus

⁷¹ Health and Personal Social Services for People with Disabilities in The Netherlands. A Contemporary Developments in Disability Services Paper. NDA, 2011. Retrieved October 2015: <http://nda.ie/Policy-and-research/Research/Research-publications/Developing-Services-for-People-with-Disabilities/Health-and-Personal-Social-Services-for-People-with-Disabilities-in-The-Netherlands/>

⁷² Emerson, E., Hatton, Chr., Robertson, J., Roberts, H., Baines, S & Glover, G. (2010). *People with Learning Disabilities in England 2010*. London: Department of Health. Emerson, E., Hatton, Chr., Robertson, J., Roberts, H., Baines, S & Glover, G. (2011). *People with Learning Disabilities in England 2011*. London: Department of Health.

projektipõhisteks tegevusteks ei aita erihoolekandesüsteemil DI protsessis tervikuna üle minna kogukonnapõhisele tegevusele.

Hoolekandeteenused omavad praegu liidripositsiooni erihoolekandeteenuste arendamisel ja teised organisatsioonid ja kogukonnad pole sellega nõus. Võiks isegi öelda, on nad on selle olukorra vastu öeldes, et *AS Hoolekandeteenused ei tule ja ei räägi meile, mida teha. Me tahame ise otsustada oma kogukonnas.* Seega tuleb erihooldusteenuste edasisel arendamisel püüda teha seda koostöös suurte ja väiksemate teenuseosutajate vahel ja tasakaalustatult, arendades psüühilise erivajadustega inimestele suunatud institutsionaalse hoolduse kvaliteeti, kuid samal ajal tugevdades ja ette valmistades kogukondi DI läbiviimiseks. Tõehhi nt läks seda teed, et püüdis hoida erihoolekande arendamisel tasakaalu ühelt poolt motiveerides ja tugevdades kohalikke omavalitsusi ja samal ajal luues vaimse tervise insititutsioone.

AS Hoolekandeteenused spetsialistid kinnitavad omakorda, et rahastamise allikad ei pruugi olla üldse seotud teenuseüksuse suurusega. Teenuseüksuse suurusega on seotud kulumudel ehk MIDA rahastatakse. *Kui meil on kulumudel ehitatud üles suurtele teenuseüksustele eelise loomiseks, siis vahet ei ole, kas see raha tuleb riigi või KOVi eelarvest või erasektorist - väikeseid teenuseüksuseid ei teki.* (AS Hoolekandeteenused). Seda sama väidet kinnitab ka Indrek Sooniste poolt koostatud kulumudel (vt lisa 9).

Et tagada teenuste võrdne kättesaadavus, on tarvis välja töötada kogukonnas psüühiliste erivajadustega inimestele osutatavate teenuste rahastusmudel, mis toimiks ja oleks jätkusuutlik.

Vaja on välja töötada rahastusmudel, mis võimaldaks teha investeringuid teenuste väljaarendamiseks kogukondades. Ilma teenusteta ei saa psüühikahäirega inimesed kogukonda minna. Rahastusmudelina soovitakse kombineeritud süsteemi, milles oleks baasraha, mis annab stabiilsuse nii inimesele kui ka teenuseosutajale ja tagab ühtluse Eestis tervikuna. Baasrahale lisanduvad ülejäänud finantseerimisvõimalused, sh finantseeringud KOV-de, perekonna ja muude rahastajate poolt. Spetsialistide hinnangul individuaalne eelarve klientidele ei toimiks, sest kliendid pole oma iseärasuste ja individuaalse võimekuse tõttu selleks valmis.

Abi peab põhinema inimese individuaalselt määratletud vajadustel, see peab suunama inimesi arenema, aitama suurendada nende iseseisvust, motiveerima võtma ette tegevusi, mis ei too kaasa pikaajalist seisakut või olukorra halvenemist, see peab aitama kaasa ka nende ühiskonda lõimumisele.

Personaalse eelarve (*personal budgeting scheme*) rakendamise osas, kus inimene ise valib ja ostab teenuse ning sotsiaalsed ettevõtted pakuvad, on AS Hoolekandeteenused spetsialistid pooldaval seisukohal. *Jah, kõlab hästi. Võiks rakendada.* (AS Hoolekandeteenused). Selline finantsinstrument võimaldab sotsiaalteenustel vastata paindlikult oma kasutajate vajadustele, luues laiaulatusliku erinevates vormides sotsiaalteenuste pakkumise, mille hulgast saab inimene valida vastavalt sobivusele, rahalisele olukorrale või muudele individuaalsetele eelistustele. See lahendus loob ka võimaluse osalemiseks otsuste tegemise protsessi selles osas, mis puudutab sotsiaalteenuste ulatust, tüüpe ja ligipääsetavust maakonnas või piirkonnas.

Erinevate riikide analüüs on näidanud, et otsetoetuste sisseviimine suurendas otseselt kasutajate sõltumatust ja lõi sotsiaalteenustele rohkem inimesekeskse atmosfääri, aga leiti ka väljakutseid. Rahaliste raskuste korral on valitsustel tavaks neid kulutusi kärpida nagu me näeme Suurbritannias ja Soomes. Rootsis paneb seadusandlus kohalikele omavalitsustele kohustuse tekitada teenuste osutajate

vahel konkurents, pakkudes seeläbi kasutajale tõelisi valikuid ja tagades sellega ka kasutajate kõrge osalusmäära hoolekannet ja selle planeerimist puudutavates küsimustes.

Tšehhi Vabariigis tekitas otsetoetuste süsteem ootamatu surve riigieelarvele. Kriitikud väidavad, et uue skeemi tegelikke kulusid ei arvatud eelnevalt korralikult välja (Hanzl, 2010). Inimeste arv, kellel tekkis õigus toetust saada, oli palju suurem kui varem arvatud. Samuti on selge, et toetusteks kuluvad summad ei kata tegelikku teenuste maksumust. Selle tulemusena on teenuste osutajad, MTÜd ja peamiselt regionaalsete võimuorganite poolt juhitud organisatsioonid, sattunud tõsisesse rahalistesse raskustesse, püüdes siiski jätkata teenuste pakkumist ja otsides lisaressursse.

Kuigi otsetoetuste sisseviimisega kaasnesid suured muutused rahastamissüsteemis, ei toimunud olulist intellektipuudega inimeste valikuvabaduse ja kontrollivõimaluste kasvu⁷³.

Lisaks uutele skeemidele nagu kodanike huvide kaitse, eestkoste tagamine, sotsiaaltöötajate suurem kaasamine, toetatud otsuste langetamine, peaks kombinatsioon inimesekesksest planeerimisest ja individuaalsest finantseerimisest aitama selliseid raskusi ennetada.

Isikustatud abi unikaalsus seisneb selles, et puuetega inimesed saavad ise valida, kes nende heaks töötavad, abi organiseerivad ning kellega nad vajalikul ajahetkel kohtuvad. See tähendab kogu protsessi kontrollimist ja juhtimist (Evans, 2003; Zarb, 2004; Finkelstein 1999; Morris, 2004). Valik ja kontroll isikliku abistaja tugiteenuse puhul puudub tavaliselt täielikult, kui seda osutatakse organisatsioonides, kus on piiratud arusaamine iseseisva toimetuleku põhimõtetest. Otsetoetusi kasutatakse viisil, mis ei anna intellektipuudega inimestele vabadust valida ja otsustada (Morris, 2004). Pakutava teenuse kvaliteeti piirab ka puuetega inimesi toetada saavate isiklike abistajate madal palk (Morris, 2004; Zarb, 2004).

Eestis soovitame kasutada laiaulatuslikku kaasfinantseerimise struktuuri koos kohalike omavalitsuste, teenuste kasutajate ja hooldajate suurema kaasatusega. Selle asemel, et näha rahastamises tehingut riigi (või erinevate omavalitsuse tasandite) ja teenuse osutajate vahel, soovitame kasutada mitmepoolset skeemi, tunnustades kõigi osapoolte mõju ja vastutust. Pakume välja mudeli, mis toetub inimestele ja kogukonnale. Inimesi saab jõustada, tagades neile eluks ja teenuste ostmiseks vaja minevad vahendid. Kohalikke omavalitsusi tuleb innustada ja jõustada looma rohkem 'hoolivamat ja kaasavamamat kogukonda' ja selleks peavad nad ka riigilt vahendeid saama.

Loodame, et planeeritava haldusreformi tulemusena tekivad Eestis tugevamad, jätkusuutlikumad omavalitsused, mis on võimelised oma kogukondi kujundama. Teisalt peame täpsustama, et kui kogukonnas olevate haavatavate inimeste abistamine on omavalitsuse ülesanne, siis puudub võimalus suunata inimesi suurtesse (keskselt või regionaalselt finantseeritud) institutsioonidesse. Haiglaravi, kriisisekkumise ja kohtumeditiini asutused peavad jääma süsteemi osaks, aga nad ei pea olema suuremõõtmelised. Kohalikud omavalitsused vastutavad oma elanike eest. Oma kohustuste täitmiseks vajavad omavalitsused paindlikkust organiseerimaks toetusvõrgustikke vastavalt kohalikele oludele selle asemel et järgida protokolle ja regulatsioone.

Lisaks hästi suunatud otsetoetustele saab nii kasutajaid kui ka teenuste ostjaid julgustada haarama kontrolli oma hoolduse üle, toetades neid traditsioonilise eestkostesüsteemi asemel toetatud otsuste tegemisega. Nõustume, et ainult nutikas kombinatsioon kasutajate kaasamisest, osalemisest, toetatud

⁷³ Šiška, J., July Beadl-Brown (2011). Developments in Deinstitutionalization and Community Living in the Czech Republic. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 8(2), 125–133.

otsuste tegemise mehhanismist koos tagatud õigusvõimega ja hästi suunatud, kuid samal ajal paindlikust otsetoetuste süsteemist kohalikul tasandil koordineeritud toetussüsteemis saab viia iseseisva toimetulekuni kogukonnas. Nende elementide sisseviimiseks vajame paradigma muutust Eesti teenuste rahastamise süsteemis ning õigus- ja teovõimelisi puuetega inimesi.

Soovitud seoses õigusliku regulatsiooniga DI protsessi läbiviimisel

Teenuste osutamisel tuleb tõhustada järelevalvet kvaliteedi ja läbi viidavate hangete (just sisu), et teenused paremini toimiksid. Probleemina nähakse institutsioonide (sh teenuse osutajad ja Töötukassa) osalemist hangetes, mis sageli ei õnnestu, sest pakkumisi tuleb vähe ja hanked pole kvaliteetse tehnilise sisuga ega ka jätkusuutlikud. Hanke võivad liiga odavad pakkumised ja see pole jätkusuutlik. Toimib teenus teenuse pärast ja tegelikult inimene abi, mida vajab, ei saa. Odavaima pakkuja valimine ei pruugi tähendada teenuste optimeeritud osutamist ega kvaliteeti kättesaadavuse tagamisel.

Soovitus on kaaluda täiendava ülesandena õigusliku analüüsi läbiviimist DI-ga seotud õigusaktide osas aspektist, kas soovitud sotsiaalsete eesmärkide saavutamiseks oleks vaja muuta või täiendada olemasolevat seadusandlust. Selline analüüs kaardistaks seotud õigusaktid, analüüsiks võimalikke probleeme puuetega inimeste õiguste tagamisel seoses DI-ga ning seejärel teeks ettepanekud õigusliku regulatsiooni osas. Koostööd selle ülesande täitmisel tuleks teha inimõiguste ja põhivabaduste kaitsega seotud institutsioonidega, sh põhiseaduslike institutsioonidega – nt Õiguskantsler ja Riigikohus. Väga oluline roll on selles ka DI protsessi toetava rakendusstrateegia väljatöötamisel, kus jagatakse erihoolekande deinstitutionaliseerimise kohta informatsiooni ja selgitusi, edastatakse häid kogemusi ning koolitatakse kogukondi ja tööjõudu, kaasates selleks ülikoole jt valdkonna arendamisega seotud institutsioone.

Eesti spetsialistid töid intervjuudes välja tegevustena, mida tuleks Eesti erihoolekandesüsteemis ellu viia, järgmist:

1) **Välja töötada selge süsteem puuetega laste toimetuleku toetamiseks.** Erivajadusega laste ja noorte DI küsimus on, mis saab lapsest edasi peale lapsepäevahoiu teenuse saamist. See valik on pere jaoks äärmuslik. Kui peale õppimist ja teenuse saamist peab minema hooldekodusse, siis on see nii lapse kui ka pere jaoks tagasiminekuks, lapsest tuleb loobuda, ta peab minema hooldekodusse. Küsimus on, kuidas peret aidata et laps oleks kodule lähemal? *Nt võiks noortekodude juures olla omaette osakond, kus on võimalik vajadusel lisaks saada ka hooldust. See on vajalik eriti liitpuudega noorte puhul, kus nad vajavad 18 aastaseks saanuna päevahoiuteenust, hooldust ja ka abi hügieenitoimingutel.* (JPIK) Eraldi teemana joonistus intervjuudest välja täiskasvanud laste kodu toetavate perekondade probleem – noort inimest on vajalik „deinstitutionaliseerida“ kodust kogukonda.

2) **Välja töötada koostöömudel, et teha kogukonnas koostööd psüühilise erivajadusega klientidele teenuste osutamisel ning valdkondade, institutsioonide, teenuse osutajate, klientide ja neid esindavate organisatsioonide vahel.** Mudelis peaks määratlema koostöö tegemise vormid ja tasandid, et kõigile osapooltele oleks selge nende roll selles. Olulised märksõnad on siin kaasamine, hoiakud, kommunikatsioon, võrgustikutöö, heade koostöömudelite tutvustamine. Oodatakse seadusandlikul tasandil regulatsioone, mis eeldavad ja soodustavad valdkondade vahelist koostööd ning tõhustavad võrgustikutööd valdkondade spetsialistide tasandil (nt meditsiin ja haridus) nii teenuste osutamisel kui ka arendamisel. Vajalik on luua valdkonnaülelised teenused (nt kriisimeeskonnad, kus töötavad nii ravipersonal kui ka sotsiaaltöötaja). Siis saab teha koostööd tulemuslikumalt ja suunata kliente õige abi juurde.

3) **Tööandjatele tuleb luua seadustega soodustusi, tõsta nende motivatsiooni ja teha teavitustööd osaajaga töötajate tööle võtmiseks.** Töötukassa ja KOV-de koostöös tuleb tööandjaid kaasata ja koolitada. Nad ei tea võimaluste ja soodustuste kohta, mis kehtivad erivajadusega inimeste tööle võtmisel ja nad pole huvitatud ka osaajaga töötajate tööle võtmisest maksusoodustuste alusel. *Tööandjad pole huvitatud maksusoodustuste alusel osaajaga töötajate tööle võtmisest, sest kahe inimese tööle võtmisel on topelbürokratia ja topelvastutus, mida ei soovita võtta. Seetõttu on kergem palgata üks inimene, kuid psüühilise erivajaduse puhul on tuleb just luua ja saada töökohti osaajaga töötamiseks, et arvestada inimeste võimetega ja tervisega. Tööandjatele on vaja teha rohkem soodustusi, et nende motivatsiooni kasvatada. Nt eraldi soodustused juhtudel, kui võetakse tööle kaks inimest poole kohaga, sest inimesed pole võimelised täisajaga töötama. Töötukassa hakkab 2016. aastast koolitama ja nõustama tööandjaid, seda just erivajadustega inimeste tööle võtmisel, nendega suhtlemisel.*

4) **Tõhustada tuleb tööharjutusteenuste ja teiste teenuste hangete korraldamist, et osataks kujundada ja hinnata teenuste sisu, kujundada nende hindu, välja valida tehniliselt tugevad ja õiglased, kuid mõistliku hinnaga pakkumised.**

5) **Vajalik on tõsta eestkostjate teadlikkust eestostega kaasnevate ülesannete ja kohustuste osas ja seejuures eriti nendel puhkudel, kui eestkostjaks on määratud KOV.**

6) **Finantseerimise osas on spetsialistid seisukohal, et individuaalne eelarve kõikide klientide puhul ei pruugi toimida, sest kõik pole oma iseärasuste ja individuaalse võimekuse tõttu selleks valmis.** Ohukohana nähakse, et inimene valib meeldivama (näiteks massaaži ja spaa-võimalusi sisaldava), mitte tema vajadustest lähtuva teenuste paketi. *Inimesed ei saaks sellest aru ja raske on selgitada, mis ja kuidas käib. Klient ei oska ise jälgida, mis ja miks ta saab ning ei teadvusta seda, kes rahastab.*

7) **Teenuste osutamisel on oluline kvaliteet ja avalik konkurents teenuste osutajate vahel.** Vaja on liikuda suunas, kus Töötukassal on terves Eestis koostöövõrgustik, et nende motivatsiooni kasvatada. See motiveeriks teenuse osutajaid rohkem panustama ja investeerima. Konkureerimise tingimused rahastuse taotlemisel peaksid toetama väiksemaid loovate ja kogukonna spetsiifikat arvestavate lahenduste pakkujaid, mitte neid pärssima. *Teenuste osutamisel peaks andma töötutele valikuvõimaluse, kelle juures nad soovivad tööharjutust läbida (nagu toimib valikuvabadus hoolekandeteenuste saajatel). Selline valikuvõimalus annab hea tagasiside ka hankijatele, sest üldjuhul viletsa teenuseosutaja juurde minna ei soovita. Iga teenuseosutaja kohta peaks Töötukassas olema kirjeldav infoleht, millega saab töötu soovi korral tutvuda. Samuti välistab see olukorra, et asutus, kellel puuduvad vajalikud tingimused ja võimekus teenuse osutamiseks, saab osaleda tööharjutuste hangetes. Praegu on kahjuks olukord, kus paljud teenuseosutajad osalevad hangetes valimatult ning võidavad madalaima hinna alusel. Toimiv teenuseosutajate võrgustik peaks olema ka kogukondades, et tagada teenuste jätkusuutlikkus ja organisatsioonide stabiilsus.*

Peamiste ettepanekutena teenuste struktuuri, juhtimise ja korralduse süsteemi ning erinevate tasandite ja sektorite vahelise koostöö ja integratsiooni optimeerimiseks võib välja tuua järgmist.

Et tõhustada Eesti erihoolekandesüsteemi, tuleb välja töötada ja rakendada koostöömudel (sh sotsiaal-, tervishoiu-, haridus- ja korrakaitsevaldkond), mis toetaks kogukondade võimekuse kasvu, sh vajalike teenuste väljaarendamist ja motiveeriks kogukondi olema solidaarne, tolerantne ja hooliv. Seejuures on tarvis pöörata tähelepanu kogukondades toimivate teenuseosutajate tegevuse toetamisele ja spetsialistide koolitamisele.

Teenusehangete puhul on oluline hinnata kvaliteeti, jätkusuutlikkust ning jälgida, et loovate lahenduste pakkumisel oleks võrdne konkureerimisvõimalus ka väiksematel teenusepakkujatel.

Rahastussüsteem peaks olema paindlik ja jätkma võimaluse kombineerida erinevaid rahastusi omavahel, sh riigi baasraha, KOV-de raha, eraannetused, sotsiaalfondide finantseeringud, isikute omaosalus jmt. Vajalik on „raamidest väljapoole“ mõtlevate lahenduste leidmine kliendi vajadustest lähtudes.

6. Võimalikud mõjud, mis kaasnevad optimaalse korralduse rakendamisega, arvestades Eestis kehtivaid seadusi (sh Euroopa Sotsiaalfondi, riigihangete nõudeid), sh mõju riigieelarvele (sh halduskoormus riigile ja kohalikule omavalitsusele) ja psüühilise erivajadusega inimeste iseseisvale toimetulekule

Eesti on ehitanud üles suhteliselt hea, teenustekeskse erihoolekande süsteemi, kuid see hoiab alal institutsioonikeskset lähenemist (nt AS Hoolekandeteenused). Erihoolekande külad on vaid tinglik nimetus, tegelikkuses on need ikka suhteliselt kinnised institutsioonid. Samas on paljud kliendid olukorraga rahul ega soovi asutustest lahkuda, kuna varem neil praegusega võrreldavaid elamistingimusi ei olnud. Üks lahendus võiks olla anda erihoolekande vahendid KOV-dele elamispiindade ehitamiseks ja/või kohandamiseks. (KM)

Mitmetes linnades ja maakonnakeskustes on psüühilise erivajadusega klientide elutegevuse toetamiseks loodud päevakeskused. Päevakeskustes osutatakse mitmeid toetavaid, sh igapäeva elu toetamise ja töötamise toetamise teenuseid, tugiisiku teenuseid ja ka haigekassa finantseeritavat päevastatsionaari teenust. Päevakeskuse teenustel on tavaliselt mitmeid rahastajaid, sh haigekassa, KOV-d, SKA, ja need on teenuse kasutajale tasuta. Ürituste kulud ja väljasõidud on kliendi enda finantseerida. Teenuste osutamisel on eelistatud kogukonna- ja regioonikesksus.

Päevakeskuses osutatakse hetkel SKA (Sotsiaalkindlustusamet) rahastusega igapäeva elu toetamise ja töötamise toetamise teenuseid (50 kohta), tugiisikuteenust, mida finantseerib Pärnu linn ja haigekassa finantseeritavat päevastatsionaari teenust. Klient ise ei pea maksma. Visiiditasu on 5 eurot ja seda peavad maksma need, kes pole siia otseselt suunatud, kuid tahavad käia. Eesmärgiks on, et klient võtaks suunamise, siis on teenus tasuta. Ürituste kulud ja väljasõidud on osalt kliendi enda finantseerida, suurem osa kaetakse asutuse eelarvest. KOV (Pärnu linn) ostab päevakeskusest tugiisikuteenust (20 kohta). Klientid on enamuses Pärnu linna kodanikud. Keskuses toimib koostöö spetsialistide ja klientide vahel.

Keskust rahastatakse Pärnu linna ning SKA ja haigekassa lepingute kaudu, sponsoreid ei ole, vahel tuuakse riideid. Haigla poolt saadava abi võimalused on väga head, asutakse ühel territooriumil, samuti on Pärnu linna võimalused head. Keskus osaleb EQUASS kvaliteedisüsteemis ja taotleb kvaliteedimärki. Kasu on andnud kvaliteedimärgi taotlemine kui selline – tänu sellele on majas mitmed protsessid regulaarselt käima läinud. (PHPP)

Regiooni võimalustest lähtudes on kohati loodud eraldi päevakeskused ka vaimupuudega klientide toimetuleku toetamiseks. Samas selget piiri klientide erivajadustest lähtumisel seatud ei ole, vajadusel suunatakse või satuvad ka vaimupuudega kliendid psüühilise erivajadusega klientide toetamiseks mõeldud päevakeskustesse.

Psüühilise erivajadusega klientidele osutatakse ka eluasemeteenuseid, sh toetatud elamise teenust, ööpäevaringset hooldusteenust ja kogukonnas elamise teenust lapseast väljakasvanud klientidele. Samas pole teenuste võrk üle Eesti ühtlaselt välja arendatud. Vahel tehakse omavahel teenuste osutamisel koostööd.

Teenustel olemist toetavad keskuses mitmed spetsialistid, sh tegevusjuhendaja ja vähestes (enamasti suuremates) omavalitsustes ka tugiisik, kes on üldjuhul motiveeritud ja pädev. Tegevusjuhendaja ülesanne on organiseerida klientidele tegevusi päeva jooksul, ööpäevaringsete teenuste keskmes on peamiselt kliendi toimetulekuoskuste säilitamine. Tugiisikud toetavad protsessi, tehes klientidega individuaaltöid, seda nii eluasemega seotud tegevustes kui ka töö saamisel ja tervisliku seisundi hoidmisel. Klientid käivad päevakeskuse kõrvalt tööl ja see on suunatud jätkusuutlikkusele. Puudu on toetatud elamise teenuse erinevatest võimalustest.

Tööl käies ja oma eluaset soetades on keskuste kliendid iseseisvad. Päevakeskus saab osutada tuge töö ja elukoha leidmisel, siis on keskus ise ka vahendaja ja tugiisik. Töötukassasse ja eluaseme omaniku juurde minnakse siis koos tugiisikuga, sellistel juhtudel on vastutus suur just päevakeskusel, sest siis tahab omanik suhelda pigem tugiisiku kui kliendiga. *Samas inimene vahel kardab, et tema häire tuleb välja ja siis ta loobub tugiisiku toest ja püüab tööandjaga suhtlemisel üksi hakkama saada. Tulemus võib olla positiivne ja inimene saab töö, kuid vahel on see ka negatiivne ja teisel katsel kutsutakse appi tugiisik. Samad tendentsid ja probleemid kehtivad ka üürikorteri leidmisel.*

Tavapärane on, et ametnik eelistab pigem suhelda ametniku, mitte kliendiga. See ei ole hea praktika, kuna klient tajub end kõrvaljäetuna, vastutus hajub ning võib liikuda tugiisiku kätte. Samas kliendid ise kardavad halba suhtumist ja on asjade sellise käiguga sageli nõus. *On erinevaid kogemusi. Mõnikord on õige minna üksi ja mõnikord kahekesi. On ka ebaedu kogemusi üksi käimisest ja siis minnakse järgmine kord kahekesi.* (PHPP)

Päevakeskuse kliendid saavad mitmeid KOV osutatud teenuseid, kui nad seda vajavad, nt sotsiaalse nõustamise teenust ja ka teisi piirkonnas osutatavaid teenuseid, mida klientidele pakutakse, sh õigusabi, kogemusnõustamist, koolitusi jmt. *Kliendid saavad Pärnu linnavalitsuse sotsiaalosalakonna poolt sotsiaalnõustamist ja õigusabi Puuetega Inimeste Koja kaudu paar korda kuus. Päevakeskus annab klientidele vajadusel ka nõu. Kliendid kasutavad keskuses kogemusnõustaja teenuseid, seda eelkõige ravimikasutuse tagamiseks ja oma probleemidega toime tulemiseks. Klientidele viiakse keskuses läbi terviseeloenguid, mille ülesanne on toetada klientide tervisekäitumist ja ravimikasutust.* (PHPP) (JPIK)

Erihoolekandeteenuseid osutatakse regioonides ka MTÜde kaudu. MTÜ kaudu teenuste osutamisel on mitmeid eeliseid, nt see, et paindlikult saab arvestada iga kliendi vajadustega ja rahastamisel kasutada erinevaid finantsressursse, sh riiklik finantseerimine, KOV poolne finantseerimine, sihtfinantseerimised erinevatest fondidest (TÜ Kliinikuni Lastefond jt), välisabi kiriku kaudu, pere omafinantseerimine teenuse ostu kaudu, eraannetused rahalise abina ja/või vabatahtliku töö tundidena ja projektitöö koostöös parteritega regioonist. *Nt MTÜ Puuetega Laste Tugikodu Päikesekiir osutab riigi finantseerimisel lastehoiu teenust raske ja sügava puudega lastele. Keskmise puudega laste teenuste puhul on finantseerimine KOV-de rahakotist + lastevanemate osalus. Aastas riiklik toetus ühele lapsele on 402 eurot ja seetõttu saab teenust limiteeritult. Ühe tunni hind on 5 eurot ja teenust saab nii kaua, kui raha jätkub. KOV võib osta tunde juurde, kui selleks on vajadus ja vastavad kokkulepped. Lisaks saab MTÜ toetust mujalt, nt TÜ Kliinikuni Lastefond on andnud 1500eur lapse kohta aastas.*

Kokku on MTÜ-s teenusel 14 last, korraga on kohal umbes 5 last päevas (sõltub lapse tervislikust seisundist ja vanemate võimalustest ise hooldada ja/või last lastehoidu tuua). Kiriku väliskogudused (rahvusvaheline kirikuga seotud organisatsioon USA-st) on samuti partnerid, sealt on tulnud annetusi. Mitmete tegevuste läbiviimisel töötab KOV koostöös kirikuga (Eesti Metodisti Kiriku Jõhvi kogudus),

nt laste ürituste korraldamine, toiduabi jmt. On olnud ka eraisikute annetusi MTÜ-le, seda nii rahalise abina kui vabatahtliku töö tundidena. (JPIK)

Teenuste korraldamisel ja rahastamisel psüühilise erivajadusega inimestele tehakse koostööd kohaliku omavalitsuse ja regiooni tasandil. *Nt toimib teenuseid osutaval MTÜ-l projektitöö regionaalsete partneritega Ida-Viru maakonnast. Ette on valmistatud projekt kestusega kuni 2017. aasta lõpuni, et tagada lastele ja peredele toetavate teenuste kättesaadavus (tugiisiku teenus, lapsehoiuteenus ja transport) regioonis. MTÜ-d saavad kohtadel teha teenuste osutamisel koostööd rehabilitatsioonimeeskondadega, kuid see vajab eraldi tähelepanu ja arendamist. (JPIK)*

Teenuste osutamiseks osaletakse hangetes, kuid sageli need ei õnnestu, sest pakkumisi tehakse vähe. Samas arvatakse, et hanked pole lahendus, sest see on ajutine ja suunatud vähempakkumisele. *Nt ehitati töökeskused välja EL rahadega, kuid praegu ei jõua need konkureerida riigihangetel. (JPIK)*

Psüühilise erivajadusega inimeste toetamisel tegutseb ka Töötukassa, kes osutab inimestele erinevate teenustega abi nende tööle saamisel. Teenusteks, mida osutatakse, on abistamine tööintervjuul, abivahendi teenus, töökoha kohandamise teenus, tugiisikuga tööle suunamise teenus.

Oluline muudatus psüühiliste erivajadustega klientidele on, et jaanuaris 2016 alustab Töötukassa tööandjate ning vähenenud töövõimega inimeste töövõimereformi alast nõustamist ning töövõimet toetavate teenuste osutamist: tööandjate nõustamine ja koolitus, tööle sõidu toetus ja saatja sõidukulu hüvitamine, tööalane rehabilitatsioon, kogemusnõustamine, kaitstud töö. *Töötukassa teeb, mis on tema institutsionaalseteks ülesanneteks tema regulatsioonidest lähtudes. Oktoobris 2015 Töötukassa büroodes üle Eesti alustas tööd 48 juhtumikorraldajat II. Juhtumikorraldajad nõustavad erivajadustega inimeste tööotsinguid, selgitavad välja töötamist soodustavad ja takistavad asjaolud ning aitavad kliendil töö leidmiseks jõukohaseid eesmärke püstitada; hindavad teenuste vajadust ning tagavad kliendile vajaliku abi. Inimese aitamiseks suhtlevad nad aktiivselt nende tugivõrgustikuga ning teevad koostööd kohalike omavalitsuste, teenuseosutajate ja tööandjatega. Alates juulist 2016 viivad juhtumikorraldajad läbi intervjuusid töövõime hindamise taotluse täitmiseks. (JTK)*

Töötukassa saab teha tööga seonduvaid kohandusi ka psüühilise erivajadusega inimeste tööle võtmisel – need seisnevad pigem töötingimuste loomises vastavalt erivajadusele. *Kohandused: ei ole pidanud erilisi füüsilisi kohandusi tegema (pigem see, et kas töötab inimene hommikul/õhtul – tema ravimite mõjust jm tingitud). (TLHA II)*

Erihoolekandeteenuste süsteemi ja sellega seotud teenuste korralduse, rahastamise ja koostöö kohta kohaliku omavalitsuse tasandil psüühilise erivajadusega inimeste kogukonnapõhisele hooldusele üleminekul võib kokkuvõttes välja tuua järgmist.

Tänane süsteem psüühikahäiretega inimeste toetamisel on erihoolekandeteenuste keskne ning tasuta institutsioonipõhiste teenustega on harjunud nii ühiskond, spetsialistid kui ka teenuse kasutajad. Valmidus iseseisvalt enda elu üle otsustada on samm-sammult kujunemas ning seda tuleb järjepidevalt toetada, et kogukonda suunduvad inimesed, nende lähedased, spetsialistide võrgustik ning kogukond ja ühiskond DI olulisust ja sisu mõistaksid ning seda toetada oskaksid. Kohalikud omavalitsused teevad teenuse osutamise korraldamiseks omavahel koostööd eelkõige keskustest kaugemal asuvates piirkondades. Sihtgrupi spetsiifikat arvestades on KOVi olulisteks partneriteks tervishoiusüsteem (psühhiaater, perearst, kogemusnõustajad jne) ja teenuse osutajad (nt Töötukassa, Sotsiaalkindlustusamet, rehabilitatsiooniasutused, teenuseosutajatest MTÜd jt). Erinevate rahastusvõimaluste leidmisel ja kombineerimisel on kogenumad mittetulundusühingud, kes on olemasolevate võimaluste alusel toimivad praktikad välja arendanud. Näitena võib siin tuua MTÜ-d Hea Hoog, kes on AS Hoolekandeteenuste poolt ellukutsutud sihtasutus, kelle peamiseks ülesandeks

on leida tööd AS Hoolekandeteenused klientidele avatud tööturul, samuti MTÜ Helpific ja MTÜ EPRÜ jne). DI toetamiseks on rohkem valmis päevakeskused ja sihtgrupile teenuseid osutavad MTÜd. Oluline fookus tänases töös on inimeste tööle saamise ja töökoha säilitamise toetamine.

Deinstitutsionaliseerimisega seotud õigusküsimused

Deinstitutsionaliseerimisega seotud õigusküsimuste kohta tõi ekspert välja, et kuigi uurimuse läbiviimisel olid puuetega inimeste DI-ga seotud õiguslased küsimused sihtgrupile esitatud küsimuste osa, jäi vastukaja õigustemaatikale väga tagasihoidlikuks.

Eestis nimetati peamiselt vajadust täpsustada eestkoste seadmise ja teovõime piiramisega seotud õiguslikku regulatsiooni. Samas on need tähelepanekud üldise iseloomuga ning ei ole selge, milline on probleemide täpsem olemus. Positiivsest aspektist tõsteti esile võimalust osaleda seadusloome aruteludes, kuid puudub teave, kas osalemine viis ka konkreetsete tulemusteni õigusnormide sõnastuses.

Rahvusvaheliselt tõsteti esile, et riikide seadusandlus lähtub rahvusvahelistest õigusaktidest – ÜRO Inimõiguste Ülddeklaratsioonist ja Puudega inimeste õiguste konventsioonist (mõlemad õigusaktid on Eestile siduvad ja osaks Eesti õigusruumist). Samas ei selgu rahvusvahelise uuringu kaudu, millised siseriiklikud õigusprobleemid on peamiseks kitsaskohtadeks puuetega inimeste tõhusal deinstitutsionaliseerimisel.

Eelnevast tulenevalt võib Eestis läbi viidud uuringu põhjal teha järelduse, et **DI-ga seotud ametiisikud ja ka erinevate organisatsioonide esindajad kas ei mõista või ei pea oluliseks õigusküsimuste tähtsust DI edukal teostamisel või ei oska selles kaasa rääkida. Tundub, et tähelepanu fookuses on peamiselt korralduslikud ja majanduslikud küsimused, kuid peamine – eesmärk tagada isikute põhiõigusi – jääb tahaplaanile.** Samas on Puuetega inimeste õiguste konventsiooni artikli 1 esimese lause kohaselt konventsiooni eesmärk edendada puuetega inimeste inimõiguste ja põhivabaduste täieliku ja võrdse teostamise võimalusi. Isegi kui eeldada, et inimõiguste tagamise üldine eesmärk on ka kõigi praktiliste tegevuste kavandamise ja probleemide lahendamise 'tunnetuslik' põhieesmärk, võib toetudes rahvusvahelisele kogemusele sotsiaal-majanduslike õiguste (nn teise generatsiooni põhiõigused) tagamisel väita, et disproportsioon deklareeritud eesmärkide ja nende eesmärkide praktilise saavutamise vahel on suurem kui teiste (nn esimese generatsiooni) inimõiguste puhul.

Käesoleval ajal puudub selgus, milliseid muudatusi tuleks teha deinstitutsionaliseerimise läbiviimise käigus Eesti seadusandluses. Nende muudatuste eesmärk on tagada rahvusvaheliste kohustuste täitmine, millised Eesti on võtnud seoses puuetega inimeste õiguste ja põhivabaduste kaitsega ning luua toetav siseriiklik raamistik toetussüsteemi toimimiseks. Seotud õigusaktide ring on ilmselgelt ulatuslik ning puudutab tööseadusandlust, võlaõiguslikke suhteid, eestkoste seadmist ja teovõime piiramist, samuti peresuhteid ja finantsküsimusi. Detailsem õiguslik analüüs on võimalik alles seejärel, kui on kokku lepitud DI sotsiaalsed eesmärgid ja põhimõtted – lähtuvalt doktriinist, et mitte õiguslik regulatsioon ei pea kujundama ühiskondlikke suhteid, vaid õiguslik regulatsioon peab toetama ühiskondlikke arenguid.

Meie soovitus on kaaluda täiendava ülesandena õigusliku analüüsi läbiviimist DI-ga seotud õigusaktide osas aspektist, kas soovitud sotsiaalsete eesmärkide saavutamiseks oleks vajalik muuta või täiendada olemasolevat seadusandlust ning kui jah, siis millises osas ja kuidas. Selline analüüs kaardistaks seotud õigusaktid, seejärel analüüsiks võimalikke probleeme puuetega inimeste õiguste tagamisel seoses DI-ga ning teeks ettepanekud õigusliku regulatsiooni osas. Koostööd selle ülesande täitmisel tuleks teha inimõiguse ja põhivabaduste kaitsega seotud institutsioonidega, sh

põhiseaduslike institutsioonidega – nt Õiguskantsler ja Riigikohus, samuti erivajadustega inimeste ja teenuseosutajate esindusorganisatsioonidega. Vaja on tõhusamat järelkontrolli hangete osas (just sisu) osas, et teenuse osutamise õiguse saaksid kvaliteetsed ja DI printsiipidest lähtuvad teenuseosutajad ning teenusega kaasneks ja tulemuste osas järgneks sisu ja kvaliteedi kontrollimine. (JPIK)

Käesoleva projekti raames on läbi viidud tulu-kulu analüüs, mis on teostatud isiku tasandil ((a) töötav psüühilise erivajadusega isik, (b) mittetöötav, toetatud elamise teenust kasutav psüühilise erivajadusega isik) kolme aasta kohta (vt lisa DI protsessi tulu-kulu arvestus). Arvestades Riigikogu 25. novembril 2015 vastu võetud Töövõimetoetuse seaduse muudatust⁷⁴, mille kohaselt lükatakse tööhõivereformi elluviimise algusaeg 1. juulile 2016 (algsest 1. jaanuar 2016), muuhulgas johtuvalt rakendusaktide koostamise vajadusest, on analüüs läbi viidud praegu kehtiva õigusruumi (sh töövõimetuspensioni arvestamine, toetuste määr) alusel.

Analüüsimisel ilmnes, et riigi kulude seisukohalt on psüühilise erivajadusega, aga töötav isik vähima rahalise koormusega, kuna ta on ka maksumaksja. Samas oleks ka igapäevaeluga toime tulevale mittetöötavale psüühilise erivajadusega inimesele ratsionaalne võimaldada iseseisev (vajadusel toetatud) elamine, nt deinstitutionaliseerimise järel esmalt võimaldada inimesele korter sotsiaalmajas, sotsiaalpind vms. Seal on olemas igapäevane sotsiaalne toetus ja selle kulukus jääb allapoole institutsionaalselt hooldust.

Analüüsis on arvesse võetud eelkõige otsesed (universaalsed) kulud (toetused, maksud) ning tulud (töötasu, maksud). Analüüs on ligilähedane, kuna osa hüvitisi (selektiivsed) eeldavad isiku ja/tööandja enda taotlust, samas pole riigi kulusid alahinnatud ning isiku tulusid ülehinnatud.

Tulu-kulu analüüs on teostatud isiku tasandil ja kolme aasta kohta, kuna selles ajavahemikus toimub nt täiendkoolitustoetuse arvestus ning osa toetusi ühekordselt taotletavad ühe kalendri aasta jooksul ja osa toetusi arvestusega alates esimesest eraldusest kolme aasta jooksul. Isiku tasandi analüüsi muudatused on lihtsalt teostatavad ning samuti on analüüs laiendatav vastavale (ala)sihtrühmale; nt saab võtta arvesse töövõime ulatuse ja/või toetuste-teenuste vajaduse muutust, mis johtuvad asjaolust, et psüühilise erivajadusega inimese tervislikku olukorda on keeruline prognoosida. Lisaks on isikupõhine analüüs kiiresti laiendatav vastavale (ala)sihtrühmale.

Samas, väga täpselt on isikupõhiselt raske tulusid-kulusid analüüsida, sest psüühilise erivajadusega inimese puhul on tervislikku olukorda tulevikus keeruline prognoosida, sest töövõime ulatus ning toetuste ja teenuste vajadus võib alati muutuda. Analüüsi tulemused on ka kontekstuaalsed (tänapäevaseid võimalusi arvestavad) ning regionaalses mõttes pigem keskuste võimalustest (teenuste ja toetuste tänane valik) lähtuvad. Seega on oluline tulemuste tõlgendamisel arvestada arvutuste konteksti ja alusandmeid.

Kokkuvõtvalt võib optimaalse korralduse rakendamise seonduvate mõjude kohta riigieelarvele, kehtivale seadusandlusele ja psüühilise erivajadusega inimeste iseseisvale toimetulekule öelda järgmist.

⁷⁴ Töövõimetoetuse seaduse muutmise ja sellega seonduvalt teiste seaduste muutmise seadus 84 SE. (2015). Riigikogu, 25.11.2015. URL: <http://www.riigikogu.ee/tegevus/eelnoud/eelnou/1c7f8f0b-4e0e-4707-8afa-e76df6e546fe/T%C3%B6%C3%B6v%C3%B5imetoetuse%20seaduse%20muutmise%20ja%20sellega%20seonduvalt%20teiste%20seaduste%20muutmise%20seaduse%20eel%C3%B5u%202884%20SE%20II%29/> (25.11.2015).

DI-ga seotud ametiisikud ja ka erinevate, sh teenuse osutajate ja teenuse saajate esindusorganisatsioonide esindajad pole piisavalt tõstatanud õigusküsimuste tähtsust deinstitutionaliseerimise edukal teostamisel. Tähelepanu fookuses on peamiselt korralduslikud ja majanduslikud küsimused, kuid peamine eesmärk - tagada isikute põhiõigusi - on jäänud tahaplaanile. Kuna DI puudutab mitmeid õigusakte, sh tööseadusandlust, võlaõiguslikke suhteid, eestkoste seadmist ja teovõime piiramist, samuti peresuhteid ja finantsküsimusi, siis protsessi edukaks läbiviimiseks on vajalik detailsemalt analüüsida õigusakte. Alles seejärel on võimalik edasi liikuda kokku lepitud DI sotsiaalsete eesmärkide ja põhimõtete suunas.

Riigi kulude seisukohalt on psüühilise erivajadusega, aga töötav isik vähima rahalise koormusega, kuna ta on ka maksumaksja. Samas on ka mittetöötavale iseseisvalt igapäevaeluga toime tulevale psüühilise erivajadusega inimesele ratsionaalne võimaldada iseseisev elamine, nt deinstitutionaliseerimise järel esmalt võimaldada korter sotsiaalmajas/sotsiaalpinnal, kus on olemas võimalikult iseseisvat elamist, sh töötamist, õppimist, sotsiaalseid suhteid ja kogukonnas toimimist tagav toetus. Taoline igapäevane toetus jääb kulukuselt allapoole institutsionaalsele hooldusele minevatele kuludele, toetab jätkusuutlikku lahenduse leidmist ning DI printsiipe ja võrdsete võimaluste tagamist.

7. Võimalikud lahendused, et tõhustada koostööd (sh vastutuse jaotus) erinevate institutsioonide ning osapoolte vahel nagu psüühilise erivajadusega erihoolekandeteenust saav isik, riik, kohalik omavalitsus, erihoolekandeteenuse osutaja, rehabilitatsiooni teenuse osutaja

Vastutus DI protsessi eest

Oluline küsimus erihoolekandete süsteemis ja DI protsessis on see, kes mille eest vastutab. Hollandis on otsustanud, et kohalik, kogukonna tasandi otsustussüsteem on vastutav kohalike inimeste elukorralduse eest, va väga probleemsed kliendid. Me ei saa kaotada institutsioone täielikult, kuid DI muudab tasakaalu. Siinkohal tuleb rõhutada, et mõnikord me vajame institutsioone, kuid kindlasti me vajame ka vaimse tervise ekspertiisi ja teenuseid. Oluline on seda kombineerida sotsiaalse toega kogukonnas. Selleks, et uued ja suuremad omavalitsused saaksid olla vastutavad kohalike eest, peavad nad saama vastavad ressursid ja otsustusõiguse (võimu). Sellest lähtudes on kindel soovitus, et peaksime liikuma detsentraliseerimise suunas.

Praegu on Eestis kindlalt määratlemata kohalike omavalitsuste roll DI protsessis. Kui tahta, et see protsess õnnestuks, tuleb vastutus täpselt määratleda. Edaspidi peaks osa finantsidest, mis praegu mõeldud AS-ile Hoolekandeteenused, Töötukassale jne, minema omavalitsustele, sest vastasel korral ei hakka muutused kohalikul tasandil kunagi toimuma.

Koostöö kohalike omavalitsuste ja institutsioonide vahel ning erinevate valdkondade integreeritud lähenemine

Nagu juba eelpool mainitud, et kogukonnapõhine toetus psüühikahäiretega inimestele toimiks, seda nii õppimise, elamise, vaba aja, töötamise kui ka muudes valdkondades, peavad erinevad valdkonnad, sh sotsiaal-, tervishoiu-, haridus- ja justiitsvaldkond tegema omavahel koostööd. Edu DI protsessis tagab koostöö tõhustamine erinevate protsessiga seotud osapoolte vahel, sh valdkondade, institutsioonide, teenuste osutajate, klientide ja neid esindavate organisatsioonide vahel. Kasuks tuleb koostöömudeli väljatöötamine, kus on määratletud koostöö vormid ja tasandid, et kõigile osapooltele oleks selge tema roll. Olulised märksõnad on kaasamine, suhtumine, suhtlemine, võrgustikutöö. Vajalik on heade

koostöömodelite tutvustamine. Eriti oluline on teha koostööd tervishoiu ja hariduse valdkondadega ning Töötukassaga, seda nii teenuste osutamisel kui arendamisel. Eriti rõhutatakse koostöö vajadust tervishoiu, sotsiaalhoolekande ja rehabilitatsiooni valdkondades. Tõhusam koostöö võimaldaks teenuste osutamist optimeerida ja kliente paindlikumalt teenindada. Koostööd on vaja ka asutuse sees. Psüühikahäiretega inimeste tööle võtmine eeldab asutuse juhtkonna ja personali vastavaid hoiakuid, teadmisi ja valmisolekut ning sobivat töökorraldust, avatust ja motiveeritust.

Kasutajate kaasamine

Kasutajate osalemine on kaasaegses rehabilitatsiooniprotsessis väga oluline. Võime öelda, et ükski hoolekande- ja rehabilitatsioonisüsteem ei suuda ilma olulise kasutajate poolse panuseta kvaliteetselt toimida. Füüsilise keskkonna muutmine, kogukonnapõhiste teenuste juurutamine on sellel pikal teel olulised sammud, aga muutmata teenuste pakkumisega seotud hoiakuid ja teenuste kasutajate positsiooni rehabilitatsiooniprotsessis, ei saa ükski reform edukas olla.

Nagu juba mainitud, koosneb kogukonnas iseseisev toimetulek erinevatest komponentidest. Kvaliteetse hoolekande vajalikeks osadeks on uus kogukonnapõhine teenuste struktuur, töötajate ja juhtkonna koolitamine, teenustega seotud hoiakute muutmine. Selleks, et luua hoolekandes inimesekeskseid lahendusi, on vajalik oma õiguste eest seismine, eestkoste tagamine, teenuste kasutajate suurem osalus, toetatud otsuste tegemise mehhanism ja individuaalsed rahastamismeetmed. Need elemendid täiendavad teineteist ning nendest ainult osa kasutamine ei võimalda reformidega soovitud tulemusi saavutada.

Leidsime Rootsis häid näiteid kasutajate osalemisest ja samuti tugeva rõhuasetuse kasutajakesksele hoolekandele. Vastavalt sotsiaalteenuste seadusele vastutavad kohalikud omavalitsused inimeste majandusliku ja sotsiaalse turvalisuse edendamise eest. Nende abi peab suurendama inimeste võimekust iseseisvalt toime tulla. Seadusandlus tagab ka, et inimesed saavad sellist abi nagu nad vajavad ja et neil on võimalik neile osutatavaid teenuseid ja toetusi suunata. Inimestel peab olema võimalikult suur võimalus neid puudutavaid algatusi mõjutada ja kontrollida.

Toimetulekutoetuse seaduses on toodud, et inimene otsustab ise, kuidas abi organiseeritakse. Inimene võib olla tööandja ja pakkuda tööd ühele või rohkemale abilisele, ta võib koos teiste puuetega inimestega luua ühenduse või kooperatiivi, mis pakub tööd mitmele abilisele, ta võib alternatiivina saada abi ettevõttelt või organisatsioonilt.

Selleks, et suurendada inimeste panust ja valikuvabadust, on valitsus suunanud kohalikke omavalitsusi looma avalikult võrreldavat süsteemi ja on vastu võtnud seaduse, mis võimaldab suurel hulgal praktikutel sotsiaalteenuste süsteemis oma teenuseid konkurentsipõhiselt pakkuda.

Suurbritannias leidsime mitmeid taastumisele suunatud lahendusi, mis on seotud kasutajate liikumisega. Londonis paiknev ImROC⁷⁵ programm toetab kohalikke terviseametite⁷⁶, sõltumatuid vaimse tervise teenuste osutajaid ja nende partnereid, et nad muutuks rohkem 'taastumisele suunatuks'.

Leidsime Eestis paljulubavaid näiteid kasutajate osalemisest ja algatustest. Eesti vaimse tervise süsteem sisaldab taastumise mudelit ja tervishoiusüsteemis leiame samuti kasutajatele suunatud lahendusi, mis sarnanevad Soome avatud dialoogi mudelile. Eestis on loodud esimesed taastumise koolid. Teenuste osutajad koolitavad ja kasutavad kogemusnõustajaid, DUO Kirjastus on esimene

⁷⁵ Implementing Recovery through Organizational Change. <http://www.imroc.org/> (viimati allalaetud: 26. september 2015)

⁷⁶ National Health Service

kasutajate juhitud sotsiaalne ettevõtte Eesti vaimse tervise valdkonnas. Riigis võib leida muljet avaldavaid kasutajatele suunatud lähenemisi.

Samal ajal on sotsiaal- ja tervishoiuteenustega seotud üldised hoiakud ikka veel kaugel inimesekesksest lähenemisest ja laiaulatuslikust kasutajate osalemisest. 24-tunni hoolekandeteenused ei ole korraldatud inimesekeskelt, kasutajatel puuduvad tegelikud valikuvõimalused ning neil on hoolekande ja oma elu osas ainult väike otsustusõigus. Soovitame lisada sotsiaalteenuseid reguleerivasse seadusandlusse selge viite kaasotsustamisele, tekitades isikustatud rahastamise kaudu kasutajatele ja neid esindavatele organisatsioonidele suurema valikuvabaduse.

Deinstitutionaliseerimise protsess nõuab kohalike omavalitsustelt ja sellega seotud valdkondade spetsialistidelt jõupingutusi, kuid Eestis pole kogukondades piisavalt vahendeid muutuste sisseviimiseks sotsiaaltöö valdkonnas. Lahendus on sotsiaal- ja vaimse tervise teenuste integreerimine.

Süsteem peaks lähtuma rohkem kohalikest oludest, sh vajadustest ja võimalustest ning olema paindlik kohalikul tasandil. Lahenduseks ei ole uute vaimse tervise keskuste rajamine, sest see on uute institutsioonide loomine ja see ei vii DI protsessi eesmärgini.

Omavalitsuste sotsiaaltöötajate arvates on vaja DI protsessi puhul käivitada nõustamine, kuid Eestis pole piisavalt vaimse tervise valdkonna eksperte, mis tähendab, et me vajame midagi, mis seda asendab/toetab. Soovitus on: mitte teha midagi institutsionaalset, mitte alustada vaimse tervise keskuste loomisega, lahendus on arendada vajalikke teenuseid kogukonnas. Risk on see, et vaimse tervisega tegelevad spetsialistid ütlevad, et me võtame selle teema arendamise üle, sest see on tervise probleem, kuid tegelikkuses pole vastuseks uute tervisekeskuste jt vaimse tervise keskuste loomine, vaid kohalikul tasandil uuel viisil sotsiaaltöö arendamine – kogukonnapõhine töö klientidega ja teenuste arendamine lähtudes vajadusest.

See on väga kindel soovitus, et ei tohi liikuda protokolliliste ja institutsionaliseeritud lahenduste suunas. Pole vaja üles ehitada väga fragmenteeritud süsteemi, kus on eraldi teenuste osutamine ja keskused lastele, noortele, sõltlasele jne, erinevatele puuete gruppidele. Esiteks selleks, et pole piisavalt raha ning teiseks, uurimused on näidanud, et see on segregeeritud süsteem ja see ei hakka kunagi vastama inimeste tegeliku elu vajadustele.

Me vajame teadmisi vaimse tervise valdkonnast, kuid selleks ei pea üles ehitama uusi keskusi. Vaja on tugevdada kohalikul tasandil tööd inimestega ja kogukonnaga ning tõhustada kohalike omavalitsuste töökorraldust ning sotsiaalteenuste osutamist.

Praegu pakutakse kohaliku omavalitsuse tasandil peamiselt sotsiaalnõustamist ja kättesaadavad on vähesed teenused inimeste igapäevaeluga toimetuleku toetamiseks. Puudub igasugune ühiskondlik tegevus ja töö kogukonnaga. Lahendus on kogukondade tugevdamisele suunatud tegevus, mis aktiveeriks kogukonda olema solidaarne ja toetav ning vastutusvõimeline.

Paljud omavalitsuste sotsiaaltöötajad püüavad ühendada sotsiaalnõustamist kogukonnatöoga. Vajame muutust, kus sotsiaaltöötajad lähevad tõesti oma kontoritest välja ja hakkavad erinevaid vajalikke algatusi initsieerima ja ellu viima.

Intervjuudes tegid Eesti spetsialistid koostöö arendamise osas järgmisi ettepanekuid:

1) **DI protsessi edasiarendamisel on probleemiks kogukonna ebapiisav valmisolek ja vähene teadlikkus ning seetõttu tuleb DI-st rohkem rääkida – mis see on, keda see puudutab ja kuidas institutsioonid ja KOV-d sellega seotud on.** Kaasamist ja teavitamist vajavad kõik osapooled, sh

tööandjad, teenuse osutajad, KOV-d, psüühilise erivajadusega inimeste õiguste eest seisvad organisatsioonid, kogukonna liikmed.

2) **DI protsessis on kaitstud töö teenuste kättesaadavus ja valmisolek teenusel osalemiseks peamisteks küsimusteks, selles osas on vaja klientide motivatsiooni tõsta.** Oluline on hoiakute muutus, mis julgustaks puudega inimesi tööle minema, samuti töö puudega laste vanematega, et nad julgeksid lubada oma täiskasvanud lastel iseseisvuda. Vaja on laiendada juhtumikorraldajate koostööd pereliikmetega. *Kõik ei taha tööd teha ja poevad tervise taha. Inimeste töövõime on väike ja palk on madal. Nt on ette tulnud mitmeid kurtummasid, kes käivad praktiliselt ja siis loobuvad väikese palga pärast. Kardetakse ka liigset riski ja sellega seonduvat tervise halvenemist, nt pereliikmed võivad ka nõustada, et ära mine tööle, sest midagi võib juhtuda. Vanematel on vastutus ja nad ei julge lastel iseseisvuda lasta. Need on teatud mõttes sõltuvussuhted, kuni selleni, et lähedane isik võib takistada tööle minekut kartuses, et midagi võib juhtuda. Otsustatakse noore inimese eest ja seda on Töötukassas mitmel korral olnud märgata ning sellest on kahju. Tulevikus püüavad juhtumikorraldajad hakata tegema rohkem koostööd pereliikmetega.* (JTK)

3) **Lahendamist vajavad mitmed koostöös tehtavad tegevused, nt inimese tööle ja sealt tagasi jõudmine, mida saab otsustada vaid Töötukassa ja KOVde koostöös.** Koostöös tuleks lahendada ka tööandjatest teavitamine, nende võimaluste reklaamimine. *Tööandja ja Töötukassa poolt vaadatuna on töötaja ülesanne saada tööga hakkama. Kuidas ta tööle ja tagasi saab, pole Töötukassa asi. Ta aitab lepingute, selgitustega, toetab tugiisikut vastavalt lepingule. Kui tugiisiku roll kaob, siis tööandja koormus suureneb ja tekivad probleemid.*

Tööandjaid ja töötajaid on Ida-Virumaal vähe ja terve koormus suur. Tööandja üritab väikeste kulutustega hakkama saada ja pole huvitatud oma võimaluste reklaamimisest. Tööandja ei näe reklaamist kasu, sest käive sellest ei muutu, turg regioonis on väike ja ostujõud madal. (JTK)

4) **Et kogukonnapõhine toetus psüühikahäiretega inimestele toimiks, seda nii õppimise, elamise, vaba aja, töötamise kui ka muudes eluvaldkondades, peavad erinevad valdkonnad, sh sotsiaal-, tervishoiu-, haridus- ja justiitsvaldkond tegema koostööd.** *Sotsiaal-, tervishoiu-, haridus-, justiitsvaldkond peavad tegema koostööd. Nt et kiirabi ja psühhiaatriline arstiabi oleks hästi kättesaadav. Seda koostööd peavad vajalikuks kõik teenuste osutamise osapooled, sh kliendid, teenuse osutajad, kohalik omavalitsus ja Töötukassa spetsialistid. Eriti rõhutatakse koostöö vajadust tervishoiu, sotsiaalhoolekande ja rehabilitatsiooni valdkondades. Tõhusam koostöö võimaldaks teenuste osutamist optimeerida ja kliente paindlikumalt toetada. Reh-teenuse juht: meditsiini-sotsiaali koostöö väga oluline, et pääseks arsti juurde (vastasel korral mure süveneb). Ja sõltuvusprobleemidega noored vajavad teenust (on päevaselt 6. osakond, kuid ei ole piisav). Info liikuma. Arusaam ühistest eesmärkidest (nt meditsiin ei saa sotsiaalita hakkama, kuid meditsiin sotsiaali enda juurde ei taha). Meditsiini-sotsiaalsüsteemi koostöö. Eluasemepoliitika (ei ole toetatav). Tööle saamist toetavad meetmed. Mustamäe KOV: haiguskriitikata inimeste institutsiooni tagasi suunamine. Kui nt ei võta rohtusid. Kuid kas on teisi võimalusi? TSTA: vaja ka vaimupuude valdkond kaasata (JUKS, Käo jne). Kristiine KOV: ajutrauma inimestele pöörata tähelepanu ja luua teenuseid (JPIK) (TLHA I)*

5) **Koostöö tegemisel sõltub palju institutsiooni asukohast.** Kui asutakse samal territooriumil või kliendile lähedal, siis see soodustab nii spetsialistide koostööd kui ka teenuste kättesaadavust. **Seega on vaja teha koostööd ka linna/valla planeerijate ja arendajatega, et esindada planeerimisel klientide huve.** *Keskusel on tõenäoliselt oma asukohaga seonduvalt (asuvad ühel krundil) hea koostöö haiglagaga ja pidev kontakt arstidega, sh psühhiaatritega.*

Lõuna-Eesti Hooldekeskuse juht toob oma kogemuse pinnalt välja, et koostöö tõhustamiseks KOV-de, teenuseid osutavate institutsioonide ja kogukondade vahel tuleb leida kohalikke omavalitsusi ja

kogukondi koostööle motiveerivad aspektid, *nt et KOV müüks kinnisvara, kus plaanitakse teenuseid osutada.* (LEHK)

6) **Üle-eestiline koostöö institutsioonide vahel tagab hea praktika ja info leviku teenuste osutamise võimaluste ja kvaliteedi kohta.** *See on positiivne. Koostöö keskuste vahel on üle-eestiline, nt ühisürituste korraldamine üle Eesti, kokandusvõistlus, karaoke. Viiakse läbi avatud uste päevi oma majade tutvustamiseks. Tehakse personali väljasõite, nt Narva, kus on ka päevakeskus.* (PHPP)

7) Töötukassa hinnangul toimib koostöö tööandjatega. Koostööd veavad juunis 2015 tööd alustanud uued tööandjate konsultandid, kelle ülesanne on oma piirkonna tööandjaid igakülgsest toetada ja maakonna tööelu edendada, sealhulgas nõustada ettevõtteid tööotsija individuaalsetest vajadustest lähtuvate töökohtade loomisest ja kujundamisest. *11.11.2015 seisuga tänu tööandjate konsultanditele Ida-Virumaal on 433 vaba töökohta ja iga päevaga laieneb tööandjate ring, kellega koostöö on kujunenud partnerluseks. Tööandjate konsultandid on just need, kes on tööandjate jaoks Töötukassa esmaseks kontaktiks ning asjatundlikuks partneriks personali teemadega tegelemisel.* (JTK)

Koostöös tööandjatega on vaja leida paindlikke töötamise võimalusi ja toetada inimese püsivust tööturul. Psüühilise erivajadusega klientidel on peamiselt võimalik tööd leida asutustes, mis tegelevad sotsiaalse ettevõtlusega (nt Pärnus kaks ettevõtet) ja kus tehakse lihtsamat käsitööd. Paljud võivad leida töö ka omal käel, millest ei ole Töötukassa teadlik, või ei ole Töötukassa teadlik, et isikul on tegelikkuses psüühikahäire. *Varem olid ka Pärnu Haigla juures toetatud töökohad, aga nüüd ei ole.* (PTK). *Töötamine – vajalikud paindlikud töötamise võimalused (nt teenuse tööandjale müümine – hea mõte), osakoormus vähemalt alguses. Tööandja teavitamine haigusest – keeruline (eelistatakse, et alguses kohanetakse ja kui töötajana ollakse end tõestanud – siis teavitamine). NB! Tööandja küsib ankeedis töövõimetusloa kohta (kas ok?).* (TLHA II)

Üldjuhul leiab klient endale töökoha ja siis koostöös arutatakse läbi, millised on täiendavad vajadused tööle rakendamisel ja hilisemal töötamisel seoses kliendi erivajadustega. Ükski ettevõtja pole ise otseselt puudega isikute tööle võtmise vastu huvi tundnud. *Üks näide, et ettevõtja oli valmis ratastooliga isikut ise tööle võtma, kuna oli ise oma lähikonnas selle probleemiga kokku puutunud. Sanatooriumid võtavad tööle pimemassööre.* (PTK).

8) **Töötukassa spetsialistid teevad psüühilise erivajadusega isikute toetamisel koostööd valla ja linna sotsiaaltöötajatega.** Koostööd tehakse juhtumikorralduse põhimõtetel. *Koostöö valla ja linna sotsiaaltöötajatega toimub, kui isikul on probleemid, mis takistavad tööle minekut või teenusel osalemist. KOV suunab inimese Töötukassasse ja siis hakatakse juhtumiga tegelema. Vajadusel suunatakse inimene teenustele, mis aitavad kaasa hilisemale tööle saamisele.* (JPIK)

Koostöö eesmärgiks on eelkõige pikaajaliste ja keerulises sotsiaalses olukorras olevate inimeste aitamine tagasi tööturule ning aktiivsesse ühiskonnaellu. Vanglast vabanevate klientide korral tehakse koostööd kriminaalhooldajatega. *Omavalitsusele on seadusega ette nähtud mitmeid kohustusi, et oma kogukonna heaolu eest hoolt kanda (nad on väga hästi kursis kohalike vajaduste ja võimalustega), võimalik on vastastikune abistamine. Tööandjate konsultant viib KOV-des läbi teabepäevi.*

Erivajadusega klientidele töökohtade leidmisel ja kohaldamisel on igal kliendil oma konsultant, kes saab võtta kontakti tööandjaga. Koos käivad KOV, tööandjad, Töötukassa ja teenuseosutajad. Pereliikmed on ka aktiivsed (eriti emad) ja võtavad Töötukassaga ühendust. Seal tegeletakse ka omastehoolduse probleemide lahendamisega, nt noorte tööle aitamisega, kes on omastehooldajana kodus ja ei saa edasi areneda. Neid toetatakse vajadusel ja võimalusel karjäärinõustamisega, aga ka haridustee jätkamisel ja sobiva töö leidmisel.

Vanglast vabanevate klientide korral tehakse koostööd kriminaalhooldajatega. Kliendi info liigub spetsialistide vahel. Ühiskondliku töö tunnid on määratud ja sellega tuleb arvestada, enne ei saa tööle minna. (JTK)

9) **Koostööd tehakse teenuse osutajatega klientide tööpraktika läbiviimisel.** Töötukassa üldiselt üritab tööandjat veenda ja koostöös üritatakse individuaalselt lähenedes kliendil lahendust leida. Olulisel kohal on tööpraktika, kus ka tööandja reaalselt kogeb erivajadusest johtuvaid piiranguid ja tajub klienti kui tulevast töötajat. Hiljem on võimalik tööandjale pakkuda kaht teenust korraga (kui on pikaajaline töötu) ehk palgatoetust (aastast 2016, puuetega isikutele paremad tingimused) ja tugiisiku teenust. *Nt on hea koostöö Töötukassal teenuseosutajatega Tori Kodu ja Vändra Kodu. Need asutused otsivad tihti ise oma klientidele tööandja ja siis pakuvad Töötukassa täiendavaid teenuseid nii klientidele kui ka töötutele. Erivajadusega isikud on osalenud ka vabatahtlikul tööl nt loomade varjupaigas.* (PTK).

10) **Tööandjad sooviksid, et nõ erivajadustega inimestele tööd pakkuvatele asutustele oleks Töötukassa poolt määratud mentor, kelle poole saaks kiirete küsimuste korral pöörduda.** *Tööandjad sooviksid, et oleks nõ erivajadustega inimestele tööd pakkuvatele asutustele mentor nt Töötukassas – et oleks võimalik kiirete küsimuste korral pöörduda (nt kui psüühikahäirega inimene psüühhoosis ja tööandja ei tea, kas kutsuda politsei või kiirabi või mõlemad või mitte kumbagi jne).* (TLHA II)

11) **Koostööd on tarvis teha ka asutuse sees.** Psüühikahäiretega inimeste tööle võtmine eeldab asutuse juhtkonna ja personali vastavaid hoiakuid, teadmisi ja valmisolekut ning töökorraldust, avatust ja motiveeritust. *Psüühikahäiretega inimeste (jt erivajadustega inimeste) tööle võtmine eeldab asutuse vastavaid hoiakuid (nii juhtkonnas kui personalis), valmisolekut (sh koolitusvõimalusi), vastavat korraldust (nt et vahetu juht oskab ja on valmis toetama), avatust, motiveeritust (olla ühiskonda panustav ettevõtte). Nt psüühikahäirega suur ja tugev meestöötaja hakkas äkki käituma ettearvamatult ja tööandja mõtles, kuidas kaitsta kliente ja kaastöötajaid. Tööandja sõnul tuleb psüühikahäirega töötajaga osata suhelda – näiteks selgitada aeglaselt ja rahulikult vms. See on sageli sisetunde küsimus (kuna koolitust ei ole). Motivatsioon on seotud eelkõige tööjõu puudusega, erivajadustega inimesed on üldjuhul väga motiveeritud.* (TLHA II)

12) **Vaja on koostööd riigi ja regioonide vahel kesksete riiklike rehabilitatsiooniasutuste loomisel ja väljaarendamisel.** Astangu-sarnaseid institutsioone võiks olla rohkemates Eesti keskustes. Riik võiks rohkem osaleda sotsiaalse ettevõtluse ja kaitstud töö arendamisel, mitte suunates seda vaid erasektori või MTÜde kohustuseks. Arendama peaks rohkem meetmeid, mis soodustaksid osalise tööajaga töötamist ja/või kaugtööd või kodus töötamist. *Hetkel ei selliseid võimalusi, paindlikke töökohti Töötukassa süsteemi kaudu ei liigu, kuigi klientide huvi selliste võimaluste vastu on suur ja mitte ainult erivajadustega isikute seas.*

13) **Igasuguse koostöö vältimatuks aluseks on teavitustöö, mis hõlmab nii kliente, tööandjad kui ka kohalikke omavalitsusi.** Teavitustööd tuleb tõhustada, kui on soov liikuda parema koostöö suunas. *Kaardistama peab tööandjad, kes oleks valmis võtma tööle erivajadusega isikuid. Töötukassa töötajad näevad, et selline teavitustöö, tööandjate ja ühiskonna informeerimine nii reformi sisust kui ka üldisemalt teemal 'erivajadusega isik tööturul' vajaks laiemat positiivset ühiskondlikku kajastust. Oluline roll võiks olla meedial, kes kajastaks teemat positiivsest vaatenurgast lähtuvalt. Tööandjad, kes võtavad tööle erivajadusega isikuid, võiksid leida ühiskonna sh meedia tunnustust. Tööandjate Keskliit ei ole seni avalikult teavitanud oma seisukohtadest erivajadustega isikute palkamisel ning neil puudub sel teemal ka koostöö Töötukassaga.* (PTK).

14) **Nii töö- kui ka elukoha leidmisel on oluline kliendi koostöö tugivõrgustikuga.** Tugivõrgustik ja KOVID peaksid olema kaasatud klientide toetamisele tööotsingutel. Koostöö KOVIDega sõltub tihti konkreetsest sotsiaaltöötajast, sellest, kas on positiivne huvi ja koostöö või mitte. KOVIDe rolli nähakse transpordiküsimuste lahendamisel, kogukondlik võrgustik peaks olema tagatud juba enne, kui alustatakse tööotsinguid.

15) **Teatud teenuste puhul toimib koostöö rahvusvahelisel tasandil, nt töös narko- ja alkoholisõltuvusega inimestega teevad seda peamiselt kirikud ja mittetulundussektor.** *Alko- ja narkosõltuvusega inimeste puhul tehakse koostööd rehabilitatsioonikeskustega Peterburis. On olnud häid kogemusi, nt üks 17 aastat narkomaan olnud mees tuli teraapiaga sellest välja. Siin kasutatakse ka kogemusnõustamist. MTÜ Corrigo teeb metadooni ravi. Kogu ravi ja rehabilitatsiooni alus on teadvustamine, et kliendil on probleem ja siis saab rehabilitatsiooni läbi viia kirikute toel – see on kolmanda sektori tegevus. (JPIK)*

Lahendustena koostöö tõhustamiseks erinevate institutsioonide ning osapoolte vahel, sh psüühilise erivajadusega erihoolekandeteenust saav isik, riik, kohalik omavalitsus, erihoolekande teenuse osutaja ja rehabilitatsiooni teenuse osutaja, võib välja tuua järgmist.

Psüühikahäirega inimese eluvaldkondi puudutav toetus eeldab avaliku, era- ja mittetulundussektori, erinevate valdkondade (sotsiaal-tervis-haridus-korraldajate jne) integreeritud toimimist koostöös psüühikahäirega inimeste, nende lähedaste ja kogukondadega. See eeldab täpset vastutuse jaotust ja heal tasemel koostööd, kus kõik osapooled on kaasatud, motiveeritud ja panustamisvõimelised. Toetusvõimaluste võrdse kättesaadavuse tagamine erinevates Eesti regioonides nõuab läbimõtlemit ja lahenduste leidmist ning ei tohiks olneda kohaliku omavalitsuse võimekusest. Eraldi tähelepanu vajavad tööandjad, kes soovivad lisaks motiveerivatele meetmetele mentorlust ning koolitusi töötajaskonna hoiakute kujundamisel.

8. Võimalused Eesti konteksti arvestades pakkuda psüühilise erivajadusega isikutele toetust ja teenuseid nende elukoha põhised

Uurimusest selgus, et Eestis arutatakse DI protsessiga seotud küsimusi ja arendatakse teenuseid koostöös omavalitsustega nii KOVID kui ka regiooni tasandil. Seejuures lähtutakse oma kogukonna liikmete vajadustest, sest siis on see tegevus rohkem motiveeritud. Inimeste toetamisel tegutsevad koostöös Töötukassa, kes vastutab tööle saamise toetamise eest ja KOVID-d, kes vastutavad toetatud eluaseme võimaluste loomise ja vajalike teenustega kindlustamise eest.

Kogukonnas elamise toetamine

Kogukonnateenuse arendamisel peab toimuma koostöö KOVIDe vahel. Kuid tuleb määratleda koostöö vormid ja tasandid, et kõigile osapooltele oleks selge nende roll. *Nt Laste ja perede tugikeskus teeb ka koostööd. Hetkel on vedaja KOVID. Maakonna vallad teevad kutse peale koostööd, nt Mäetaguse, Kohtla, Toila, Kiviõli, Illuka jt.*

Igasuguse koostöö aluseks on, et keegi võtab vastutuse, nt KOVID. KOVID-d sõltuvad poliitikast, mis ei tohiks nii olla. Rohkem peaks lähtuma headest tavadest ja traditsioonidest. Nt viib Jõhvis KOVID läbi iga-aastaselt tänuüritust koostööpartneritele, seal toimub vastastikune tunnustamine. (JPIK)

Kui kogukonnas juba toimivad päevakeskused, pole DI käivitamine keeruline. *Kui vaja oleks, siis päevakeskusesse saaks igapäevaelu toetamise teenusele juurde mõned inimesed. Hetkel pole kaitstud tööd, kuid seda saaks mõned kohad arendada – see on sama, nagu toetatud töö, lihtsalt ümbernimetamine.* Keskus on valmis ise koostööd tegema nendega, kes osutavad kaitstud töö teenust.

Ise hanketele minna ei taha, sest see on täisajaga lisatöö. Sellega on ka palju riske. Töötukassa tingimused, et saada raha teenuse osutamiseks, on keerulised. Täitmisega võib kaasneda ka lisariske, nt ei pruugi kliendid seoses oma tervisega tegevuse/tööga hakkama saada. Inimesed jäävad haigeks ja ei suuda oma ülesandeid lõpuni täita ning see on risk, mida päevakeskus endale ei võta. Kui klient ei suuda tegevusi täita ja teenusel olla, peavad tegevusjuhendajad asja päästma ja ise töö ära tegema. Probleem on ka, et hankel on tüki hind väike ja teenistus paarkümmend eurot kuus, see ei motiveeri kedagi. (PHPP).

Omavalitsustel, mis asuvad linnade läheduses, on kergem inimesi teenustega kindlustada, sest transporditeenuste kättesaadavuse korral käiakse teenuseid saamas ja tööl linnades. Nt Ülenurme vallas on küsimus, mida teha, et inimesed ei lahkuks Ülenurme vallast ja vald oleks nõus tegelema teenuste arendusega. Õnn, et Tartu on lähedal, paljud elavad kodus ja käivad teenustel Tartus. Vaja oleks elamispinde, ühist kööki ja pesemisruume, kuid igapäev peaks olema oma tuba. AS Hoolekandeteenused kais uurimas, kas saaks ehitada maja, kuid kohalikud inimesed ei ole nõus, et keset keskust ehitataks majad erivajadusega klientidele. (TVTHK) Omavalitsus on valmis võtma vastutust ja teenuseid arendama, kuid nt eluasemeteenuste arendamisel on takistus. Selleks on kohalik elanikkond, kes pole sissetulijatega nõus. Lahenduseks peetakse teavitustööd, mida saavad teha sotsiaaltöötajad jt sotsiaalvaldkonna spetsialistid. Alustada tuleks ühiskonna harimisest, et majad ei peaks olema keset metsa, vaid et inimesed teaksid ja harjuksid. Meil on olemas erinevad elamise, majutuse võimalused, kuid praegu ei ole inimesi. Mõnikord jäävad arendused vastutuse veeretamise ja koostöö puudumise taha. AS Hoolekandeteenused tahab kogukonnateenuseid, kuid pole inimesi, kes sellega tegeleks – praegu tundub projektipõhine olevat. (TVTHK)

Probleemiks kogukonnas on see, et psüühikahäiretega inimestele on vähem võimalusi teenuste osutamiseks, seda nende eripärade, vastavate spetsialistide (psühhiaatrid, psühhoterapeudid) puudumise ja ka teenuste vähese kättesaadavuse või puudumise tõttu. Psüühikahäiretega inimestele hetkel teenuseid ei pakuta (vaid üks klient on). Põhjuseid on mitu, nt tegelikult need kliendid ei tule oma eripärade tõttu kodunt välja ja spetsialistidel pole teadmisi, mida nendega teha. Niisuguste klientidega töötamisel on oluline, et ravi oleks rehabilitatsiooniga tasakaalus, sh nii medikamentoosne kui ka teraapiline ravi. Seda tööd ilma psühhiaatrita teha ei saa, kuid neid pole Ida-Virumaal piisavalt. Teraapiateenuseid pole samuti. Igapäevaelu toetamise teenusel on üks skisofreenik, kuid rehabilitatsioonimeeskond pole nii kättesaadav, et talle vajadusel abi tagada. Vaja on psühhoterapeute. Külli Mäe on nõustamas ja koolitamas käinud, samuti Kulla Mänd on käinud ja üritatud sisse tuua teraapiateenuseid, kuid see pole piisav. (JPIK)

Kogukonnas elamisel on vajadus tagada erinevate spetsialistide, nt logopeedide ja psühhiaatrite teenuste kättesaadavus. Erivajadusega inimesed ei saa kogukonnadesse liikuda, kui puudub spetsialiseeritud abi kohtadel. Nt Ida-Virumaal on puudus erinevatest spetsialistidest, venekeelseid logopeede on, kuid eesti spetsialistidest on puudus. Samuti on vaja tagada koolitusvõimalused ja informatsioon vanematele laste vajadustest ja teenuste võimalustest, sest vanemate valmisolek vajab toetamist. Nt toodi intervjuudes välja, et vahel on takistuseks see, et vanemad hoiavad liigselt last oma sõltuvuses ja ei usalda teda mujale hooldusele ega teenusele. (JPIK)

Kogukonnades ja regioonides tuleb tagada toetavate teenuste osutamine piisavas mahus ja aktsepteeritava kvaliteediga ning info teenuste saamise võimaluste kohta. Probleemiks on ka, et pole piisavalt teenuse osutajaid. Samuti pole ei teenuse osutaja ega ka osutamise kohta infot. Teenusepakujate kvaliteet peaks tõusma, et töö oleks tulemuslik. (JPIK, JTK)

Teenuste väljaarendamisel on vaja tagada järjepidevus, st et vajaduste hindamine toimuks taastumisastme alusel, kuid arvestades eesmärkidena ka olukorra säilitamist ja hoidmist, et tervis ei halveneks. Teenused peavad olema paindlikumad, vastama vajadustele, nende nimekiri peaks olema mitmekülgsem, et võimaldada inimesel liikuda lähtudes tervisest aste-astmelt edasi ja vajadusel ka tagasi. Vajaduste hindamine peaks toimuma taastumisastme alusel, kuid arvestades eesmärkidena ka olukorra säilitamist ja hoidmist (et haigus ei süveneks). Peavad olema olemas vajadustele vastavad teenused. Teenused peavad olema paindlikumad (nt kui üks vajab 4 tundi teenust, siis teine 10 tundi jne). Teenuse osutajad ei tohi alla anda (nt keeruliste sihtgruppidega – et kui kogukonnas toime ei tule, siis tagasi institutsiooni). Teenuste nimekiri peaks olema mitmekülgsem (sh väga spetsiifilistele psüühikahäiretele vastavad ja vajalikud teenused, lisaks taastumisastmete alusel). Et oleks võimalik liikuda aste-astmelt edasi ja vajadusel ka tagasi (et püsida „reel“ ja süsteemist mitte välja kukkuda). Institutsioonist kogukonda suundumine vajab astmelist toetamist. (TLHA I)

Kättesaadavad peavad olema teenused erinevatele spetsiifilistele sihtgruppidele, sh psüühilise erivajadusega lastele, noortele ja täiskasvanutele, sh sõltuvusprobleemidega isikutele ja kohtumääruse alusel teenuseid vajavatele sundkliendidele. Kättesaadavad peavad olema rehabilitatsiooniteenused ja huvitegevuse võimalused. Spetsiifilised sihtgrupid vajavad teenuseid (mida praegu ei ole kas üldse või on väga vähe): autismihäirega noored, nooremad täiskasvanud; sõltuvusprobleemi + psüühikahäirega inimesed. Märkamise: lasteaias, koolis jne. On vaja märgata ja tegeleda (vastasel korral probleemid süvenevad). Psüühiaater peab oskama teavitada nt reh-teenusest ja sots-süsteemi kontaktidest. Haigestunud inimene/tema pere ei pruugi leida infot. Nt Madise juhtum, et viis aastat ei teadnud midagi reh-teenusest. Vajalik toetada huvitegevuse poolt – et inimene leiaks motivatsiooni pingutada, see tõstab enesekindlust. Kohtumäärusega kliendid – seaduseauk (ainuke võimalus saada teenust on suunata kohtumäärusega institutsionaalsele hooldusele). (TLHA I)

Institutsioonist kogukonda siirdumisel on oluline tagada, et psüühikahäiretega inimestele, sh lastele, noortele ja täiskasvanutele, kes suunduvad perekondadest kogukonda, oleksid tagatud nii elamise, õppimise kui ka vaba aja tegevused. Teenusearendajad, -osutajad ja -kasutajad arvavad, et toetatud elamisel peaks olema rohkem variante (tugikodud, rühmakodud jne), mis tagaks toetuse vastavalt toimetulekuvõimele. Samuti tuleks arendamisel lähtuda keskkonna võimalustest ning vajadusel neid kohandada. Institutsioonist kogukonda siirdumine. Samavõrd oluline, et ps-häirega lapsed, noored suunduksid perekondadest kogukonda (et ei jääks 50. eluaastani perekonda, järgneb toimetulematus jne). Eluasemega tegelemine – oma elamine motiveerib, ei pea teistega arvestama – soodustab taastumist. Eluaseme leidmine tõsine probleem. Eluasemepoliitika nõrk. Võiks kasutada nt Hollandi mudelit – et ehitatakse spetsiaalne linnak, kuhu tavainimesed saavad osta odavamalt eluaseme (olles teadlikud, et läheduses palju erivajadustega inimesi). Toetatud elamisel peaks olema rohkem variante (tugikodud, rühmakodud jne). Keskkonna kohandamine! Nt et ps-häirega inimene suudaks toime tulla poes, ... See tähendab, et muudame elukeskkonna kõigile inimestele sobivamaks.

Õppimisel, hariduse omandamisel ja vaba aja tegevuste harrastamisel oodatakse samuti paindlikke astmelisi võimalusi, et inimene saaks valida sobiva koormuse. Vaba aja tegevused vajavad kogukonna tuge, sh institutsioonidelt ja sponsoritelt. Samuti vajavad tuge psüühilise erivajadusega inimeste lähedased, et toetada oma pereliikmeid kodus. Õppimine – hariduse omandamine (nt mis jäänud pooleli – oluline). Nt tugiisiku toel. Ja siis edasi õppimine. NB! Vajalik see, et oleks võimalik sobiva koormusega õppida (võimekus on, kuid liiga pingelist ja kiiret tempot ei talu). Vaba aeg – ps-h inimesel majanduslikud võimalused piiratud. Nt suhtlemiseks filmiõhtud kogukonnakeskuses vms võiksid toimuda. Lähedased (kes toetavad oma ps-häirega liikmeid kodus) vajavad tuge ja toetamist: nt piisavalt tugiisikuteenust. (TLHA I)

Iseseisvumise juures ja kogukonnas elamisel on oluline igapäevaeluga toimetulek. Tavapäraselt õpitakse seda kodus, kuid kui inimesed liiguvad institutsioonist kogukonda, tuleb neid selleks eraldi ette valmistada. Praegu on mure, et hooldekodus ei õpetata igapäevaelu oskuseid. Sellega tuleb tegeleda kogukonnas ning selleks loodud programmide alusel. Et üldse tegevusi saada, otsitakse neid

väljaspool hooldekodu nt Viljandis Vinger – ringid jm. Inimesi tuleb õpetada teenuseid kasutama, muidu jäävad nad iseseisvas elus hätta. Vaja oleks teha reklaami teenuseid kasutama suunamiseks, et juba varases probleemide tekke etapis teataks, kuhu pöörduda. Vaja oleks teavitavaid üritusi, kuhu inimesed saavad tulla, uurida ja siis alles otsustada, kust abi saada; projektid, kuhu kaasatakse lähedasi. (TVTHK)

Teenuste väljaarendamisel on vajalik tagada järjepidevus ka teenuse osutamise seisukohalt, sh kasutada kombineeritud rahastust ning teostada järjepidevat finantsanalüüsi teenuse osutamise kohta. Vaja on koolitada personali ja tagada infovahetus kõigi osapoolte vahel. *Teenuse osutajatel peab olema piisavalt raha teenuste osutamiseks. Vaja on finantsanalüüsi, et tõestada, et ka säilitamine ja tagasilanguse ennetamine on ressurside kokkuhoid. Personal vajab koolitamist (ja motiveerivat palgasüsteemi, et püsitaks ametis). Infovahetus vajab parandamist (nt KOV ei tea, et kus on keegi teenusel). (TLHA I)*

Et erivajadusega klient saaks elada kogukonnas, peab olema väga tugev ja toimiv rehabilitatsioonitöö võrgustik aastaringsetl. Kompleksset tuge on vaja. Võrgustikutöö peaks toimuma valdkondade vahelises koostöös, sh sotsiaalhoolekanne, tööalane ja sotsiaalne rehabilitatsioon, tervishoid, haridus jt. *KOV-l pole pakkuda teenuseid ja teraapiat. Juurde tuleb tuua tervishoiuteenused. Tervishoiuteenused pole Ida-Virumaal piisavalt arenenud, hetkel on sotsiaalteenused arengus ees. Tarvis on tõhusamat koostööd perearstidega, eriti juhtudel, kui kliendid tulevad piirkonda väljastpoolt, siis on küsimus, kuidas perearstiteenuste kättesaadavust neile tagada. Kogu DI protsessi peaks ette valmistama koos tervishoiu ja hariduse valdkondadega (laste puhul). (JPIK)*

DI protsess kogukondades paneb suurema rõhu koostööle peredega, sest peredel on vastutus oma liikmete toetamise ja toimetuleku eest. *Pereliikmete mure: mõtlevad sellest, mis edasi saab, kuid tunnevad, et otseselt kellegiga rääkida ei saa. Pered on paljud asjad läbi mõeldud, kuid see ei ole fikseeritud ja kui juhtub midagi, siis ei teata. KOV sotsiaaltöötaja kirjutab üles inimeste soovid, mida nad siis tahavad, kui lähedane kaob või siis kuidas toimub matus, kui inimene sureb. Vaja on teha tegevusplaan, kriisiplaan, kus on arutatud läbi kõik asjad, mis saab siis, kui midagi juhtub. Nt juhtum, kus inimene tuli Astangult eelhindamiselt tagasi oma piirkonda, kuid kohapeal sotsiaalteenuseid pakkuda pole. Samas on olemas tugev pere ja igasugused muud ressursid – joogaring jmt ning KOV on valmis maksta teraapiale sõidu. Algul oli mõte, et otsida koduhooldustöötaja, kuid pere ei ole huvitatud ja nad arvasid, et korraldavad ise, kuigi noormees on väga ohtliku käitumisega, ühistransporti ei julge kasutada, endale-teistele ohtlik jne. Kogukonnast ära võtmine on isegi ohtlik ja tegelikult vaja peres abi kaks inimest klient + lähedane. (TVTHK)*

Eesti võimaluste kohta pakkuda psüühilise erivajadusega isikutele toetust ja teenuseid nende elukohapõhiselt võib uurimusele tuginedes välja tuua järgmist.

Praegune seis on selline, et psüühikahäiretega pereliikmeka perekondade toimetulek on raske, sest teenuste kättesaadavus pole tagatud. Samas on KOVd piirkonna inimestele valmis ja motiveeritud teenuseid arendama, kuid napib raha ja inimressursse. Peamisteks teenusepakkujateks ja koostööpartneriteks keskustest kaugemal asuvates piirkondades on KOV ja Töötukassa. Toimib rahastusvõimaluste kombineerimise praktika.

Oluline on lähtuda mõtteviisist, et kogukonnapõhine toetus on lisaks kaasaegsusele ja inimese õigustest lähtuvalle heaolu toetamisele ressursisäästlikum. **Erinevad eluvaldkonnad (sh eluase, töötamine, õppimine vaba aeg jne) ja eluperioodid (noorest täiskasvanueast kuni vanaduseni ja ka lapse- ja noorukieas) peavad olema toetavate kogukonnateenustega kaetud.** Mõned teenused vajavad kindlasti arendamist, nt pole kättesaadavad vaimse tervise õdede ja mobiilset psühhiaatrilist

abi pakkuvate meeskondade teenused. Vähesed on sobiva eluaseme võimalused (et psüühikahäirega inimene suudaks üüri tasuda, et tingimused oleksid elamisväärsed) ning paindlikud töötamisvõimalused. Samas usutakse DI idee, osapoolte kaasamise ja vajalike ressursside leidmise vajalikusse ning ollakse valmis levitama häid toimivaid praktikaid ja tegema koostööd. KOV-d ja kogukonnad vajavad teenuste arendamiseks ja pakkumiseks nii koolitusi teadmiste-oskuste arendamiseks kui ka finantsilist tuge.

Oluline on jagada informatsiooni, teavitada elanikkonda ja luua vajalikke eluasemevõimalusi (samm-sammult iseseisvumist toetavaid eluasemeteenuseid – näiteks toetatud elamise teenuselt sotsiaalpinna jne). Üheks eesmärgiks teenusekorraldajate jaoks on mitte üksnes klientide toimetuleku toetamine, vaid ka nende tervisliku ja saavutatud olukorra säilitamine. See eeldab psühhiaatrilise abi piisavat kättesaadavust.

Toetatud elamine sotsiaalpinnaval

Praegu võib sotsiaalpinnaval taotlemisel välja tuua, et **sobivaid eluruume on omavalitsustel vähe ja needki halva kvaliteediga, samuti on nende väljarentimine erihoolekande teenuse kasutajatele ilma toetava teenuseta riskantne**. Teenuse osutaja poolt vaadatuna võtab taotlemine aega, samuti ei pruugi omavalitsusel olla sobivaid eluruume. Samas saaks omavalitsuse tasandil elamispinnaga tegeleda kiiremini ja väiksema bürokraatiaga. Teenuse osutajad, kes sotsiaalministeeriumi ja välisrahastuse toel löid toetatud elamise teenuskohti, kaotasid need sotsiaalpinnaval AS Hoolekandeteenustele eelmise reformi käigus.

Eluaseme finantseerimist tuleks alustada inimestest, kes tahavad leida lahendusi isikliku eluaseme soetamisel. Esialgu oleks vaja pakkuda ühekordset toetust elukoha muretsemiseks ja iseseisva elu alustamiseks, kuid hiljem peavad need inimesed teiste kogukonna liikmetega samadel alustel ja samade toetustega ise toime tulema. KOV spetsialistide ülesandeks on aidata teha plaan, kuidas hakata korraldama eluaseme rentimist ja ostu, hiljem saavad inimesed iseseisvalt hakkama.

Finantseerimisel tuleb arvestada, et personaalne rahastamine ei saa võtta üle kõiki teisi mehhanisme, vaid täiendab neid (complementary to other finances), **on nn baasfinantseering, millele lisanduvad teised võimalused, sh KOV toetus, MTÜde finantseeringud, välisabi ja sponsorite raha jmt.**

Tänase seisuga puudub Eestis eluasemepoliitika (nt nagu Suurbritannias) ja plaan, kuidas sotsiaalpinnaval inimestele kindlustada. Seetõttu oleks kiire lahendus käivitada *start-up*'pe, et inimesed saaksid realistikuma lahenduse oma elukoha probleemidele. **Riigi tasandil vajame üldist eluasemepoliitikat, sh poliitikat sotsiaalpinnaval loomiseks – see on pikem perspektiiv, kuid vajalik, sest turul saadavad eluasemed on vanad, halvas seisukorras ja ülalpidamise mõttes kulukad. Lähim võimalus oleks *start up* ning toetumine olemasolevale turule.** AS Hoolekandeteenuste poolt piirkondadesse rajatavad elukohad peaksid olema proportsionaalsed kohalike oludega (st mitte liiga suured majad ja mõeldud üksnes kohalikele, mitte väljastpoolt kogukonda tulijatele). Uuringust selgus, et kohalikud inimesed ja omavalitsused ei nõustu väljastpoolt neile saadetud klientidega, see demotiveerib kogukonda oma ressursse toetuseks mobiliseerima. Proportsionaalsuse all mõeldakse eelkõige finantse, mis pole omavalitsustes piisavad jätkusuutliku teenuse osutamiseks, nt kui piirkonnas on 10 maja, siis saate ehitada juurde ühe klientidele + sama suure kogukonna vajaduseks.

Töölane toetamine

Enamus teenuseid, mida Töötukassa pakub, ei ole otseselt suunatud puuetega ja/või erivajadustega isikutele, vaid kliendil on õigus ja võimalus kasutada teenust sõltumata tervislikust seisundist. Sellised teenused, mida nii klientide kui ka tööandjate poolt laialdaselt kasutatakse, on proovitöö (1 päev) ja tööpraktika (maksimaalselt 4 kuud). Erivajadustega isikud kasutavad nii proovitööd kui ka tööpraktikat laialdaselt. Ka tööandjad on huvitatud nii proovitöö kui ka tööpraktika kasutamisest. *Erivajadusega isikute puhul on tööandjal võimalik praktika käigus täpselt näha, kas konkreetne töö isikule sobib. Üldjuhul, kui vastastikune koostöö sobib, rakendub isik tööle.*

Isiku tööle saamise toetamiseks rakendab Töötukassa mitmeid tugiteenuseid, sh tugisikuga töötamine, töötamiseks vajaliku abivahendi soetamine või tasuta kasutada andmine, samuti töökeskkonna või töövahendite kohandamine ja töökeskkonnale ligipääsu tagamine. Kui töötaja vajab puude või tervisehäire tõttu tööl tavapärasest rohkem abi ja juhendamist, siis Töötukassa korraldab kokkuleppel tööandjaga tugisikuga töötamise ja tasub sellega seotud kulud kuni ühe aasta jooksul. *Kui tööülesannete täitmine tööandja vahenditega on puude või vähenenud töövõime tõttu takistatud, anname töötamiseks vajaliku abivahendi tasuta kasutada. Kui puue või tervisehäire takistab tööandja ruumides või ettenähtud vahenditega töötamist, Töötukassa aitab tööandjal muuta töökeskkonna või töövahendid ligipääsetavaks ja kasutatavaks. Nt puidutööstuses on noormees, kellel on psüühiline trauma ja ta ei tule iseseisvalt tööga toime ning vajab tööl puude tõttu tavapärasest rohkem abi ja juhendamist. Alates 2013. aastast töötab ta tugisikuga. Tugisik võib olla kaastöötaja, lähedane inimene väljastpoolt töökohta või teenust pakkuv organisatsioon, ettevõtte. Tugisikud nõustavad inimest iseseisvalt toime tulema tööülesannetega, suunavad, kuid ei tee tööd ega ole ka isiklikud abistajad. Nt tuletab tugisik pausi kohta meelde. Sõltlastele on ka tugisikud, kes tuletavad meelde, et ei tohi juua ja mida tuleb teha, et tööga hakkama saada. (JPIK)*

Näitena võib tuua ka psüühilise erivajadusega töötaja, kes töötab täistööajaga pakkija-ladustajana. Tal on tugisik, kes igapäevaselt aitab teda ja selgitab uuesti tema tööülesandeid ning jälgib ka tööaega. Tugisiku teenust saab kasutada vastavalt vajadusele kuni 1000 tundi esimese tooaasta jooksul. Põhjendatud vajaduse korral võib alates 2016. aastast teenuse osutamist jätkata ka pärast esimest tooaastat, kuid mitte rohkem kui 25% ulatuses tööajast ühes kuus. (JPIK)

Mõned näited „Abistamine tööintervjuul“ vajaduse sisestamisel. Teenuse sihtrühm on puude või pikaajalise tervisehäirega töötaja ja koondamisteatega töötaja. Tööandjaga suhtlemisel satub klient paanikasse ja ei saa hakkama. On olemas tööandja, kes oleks nõus klienti tööle võtma, peab minema töövestlusele. Eduka tulemuse saavutamiseks vajab kõrvalist abi töövestlusel. Pikaajaline töötaja, osalise töövõimetusega. Pikalt olnud tööl ühe tööandja juures, puudub töövestluste kogemus. Vajab tuge tööandjatega kontakteerumisel.

*Näitena abivahendi kasutamisest saab tuua mesiniku, kes sai tellimuse peale endale taru tõstmiseks tõstuki ja saab nüüd edasi töötada või ka lugemistelevisori ja noodi lugemise televiisori soetamise võimalused vaegnägijatele, kuid seda ainult töö tegemiseks. (JTK). Näitena saab tuua ka ratta ostmist tööle sõitmiseks. *Praktilised asjad (nagu nt jalgratta ostmine tööle sõitmiseks) (TVTHK)**

Töökohtade kohandamise näidetena võib tuua uste kohandamist, WC kõrgenduste ja käsipuude paigaldamist. Siinjuures käib asi nii, et tööandja teeb töö ära ja siis Töötukassa maksab selle kinni. Taotlemise protseduur võtab aega kuni paar kuud, alates hindamisest kuni kohandamiseni. (JPIK)

Erivajadusega isikud saavad ka koolitustel käia, kuid nende teenuste kasutamine sõltub eelkõige isiku enda huvidest, mitte erivajadusest. Eraldi on puuetega isikutele korraldatud kursuseid vaid

füüsilise puudega isikutele nt pimemassöörid ja neile on läbi viidud ka ettevõtluskoolitust. On kasutatud viipekeele tõlki koolitusel, kuid eraldi koolitusi psüühilise erivajadusega isikutele läbi viidud ei ole. (PTK).

2015. aasta jooksul on Ida-Virumaa osakond saavutanud häid tulemusi osalise töövõimetusega inimestele teenuste osutamisel (teenuste osutamisel. Isegi nende teenuste abiga, mis on Töötukassal praegu pakkuda, õnnestus alates 1. jaanuarist kuni tänase päevani tööle asuda 799 inimest, kellel oli osaline töövõimeetus 40%-80%, kusjuures seitse neist alustas tegutsemist ettevõtjana. *Alati on kõigil osapooltel hea meel, kui tööle saamine õnnestub ja jõupingutused kannavad vilja. Nt psüühikahäirega klient sai tööle peale koostööd Töötukassaga. Ta tuli vastuvõtule, et tahab tööd teha ja tegi seda tööd juba varem vabatahtlikuna, töötas kojamehena korteriühistus. Koostöös Töötukassa juhtumikorraldajaga võeti ühendust tööandjaga ja inimene sai ametlikult lepinguga tööle. (JTK)*

See näide toob välja olulise info, et tänased võimlased lubavad ka kogukonnas inimesi aktiivsena hoida ja toetada ja rakendub DI põhimõte.

Puuetega isikuid oli Pärnu osakonnas umbes 160. *Kui klient ei taha, siis erivajadusest ei räägita. See on kliendi vaba valik, kuigi tihti sotsiaalkindlustusameti andmetest on näha, et isikul on töövõimeetus määratud, tavaliselt klient ise sellest ei räägi. Eriti raske on just psüühilise erivajadusega kliendiga, sest füüsilist puuet on võimalik Töötukassa töötajal märgata ilma otsese vestluseta, kuid psüühilist erivajadust mitte alati.*

Töötukassa kaudu on võimalik pakkuda psühholoogilist nõustamist ja töökoha kohandamise teenust, aga see on suunatud üldjuhul füüsilise puudega isikutele. *Abivahendid on samuti suunatud eelkõige füüsilise erivajadusega klientidele. Töövestlusel abistamise teenust on kasutanud eelkõige kliendid, kellel on kõnega raskusi või kõnedefekt. Võimalus on pakkuda teenust ka psüühilise erivajadusega kliendile, kui tal tulenevalt oma haigusest on hirm või muud probleemid töövestluse ees. Kuid üldjuhul kliendid ei ole eriti huvitatud sellisest toest, kuigi on pakutud. Kliendid on teadlikud, kuid ei kasuta. (PTK).*

Individuaalne tööle rakendamise teenus on suunatud isikutele, kellel tööotsimise protsessis raskusi. Isikul on võimalik kasutada tugiisiku teenust (mis on erinev tugiisiku teenusest töökohal). *See tugiisik nõustab ja abistab klienti pigem töö otsimise protsessis ja toetab töövestlustel ning töö otsimisel. Seda tööd teevad Töötukassa konsultandid ja juhtumikorraldajad, kuid mõningatele klientidele on vaja täiendavat, tihedamat ja põhjalikumat tuge. Selle teenuse juures on põhimõte, et klient peaks saama kaks korda nädalas oma tugiisikuga kokku erinevalt tavalisest tööotsijast, kellel on korra kuus kohustus ilmuda Töötukassase. (PTK).*

Töötukassa tugiisikuteenuse hulka kuulub ka töötaja nõustamine tema tööriietuse ja väljanägemise osas, siin tehakse koostööd tööandjatega. Tugiisik saab suhelda kliendiga ja tööandajaga ning hoida kontakti. *Nt tugiisik aitab kliendil endast pilti kujundada nagu nt juuksurisse ja manikööri minek – neid ressursse võiks kasutada. (TVTHK)*

Töötukassale on vaja luua juurdepääs kliendi infole, et kliendi eest rääkida. *See on vajalik eestkostetavate osas ja nendel klientidel, kes seda abi ise küsivad ja vajavad. Vajadusel konsulteeritakse klientide tööle saamise ja võimaluste osas KOV sotsiaaltöötajatega. (JTK)*

Praegu on kättesaadavad toetatud elamise, toetatud töötamise ning kaitstud töö teenused, mida osutatakse kaitstud töö keskustes ja finantseeritakse Töötukassa ja SKA kaudu, kuid kardetakse,

et rahastust ei ole pikalt. *Nt praegu on Jõhvis 25 klienti, kes on igapäevaelu toetamise teenusel (IET) – need on teenused vaimupuudega inimestele.* (JPIK)

Töötukassa spetsialistide arvates on vaja luua kogukondades institutsioonid, mida rahastab KOV ja kus tehakse töö sarnaseid tegevusi, nn tööharjutust. *Lisaks on vaja luua institutsioon, mida rahastaks KOV ja kus tehakse töö sarnaseid tegevusi nn tööharjutust.* Välja tuleks arendada kogukonnas elamise teenuse võimalused, samuti ööpäevane hooldusteenus ning dementsete päevahoid. (JPIK, JTK)

Tööandjate teadlikkuse tõstmine on üks keerukamaid ülesandeid seoses uue töövõime reformiga, seda eriti psüühilise erivajadusega isikute tööle rakendamisel. *Töötukassas on kliendid olemas ja valmidus neid toetada ja pakkuda teenuseid nii kliendile kui ka tööandjale. Kuid kui puudub tööandjate valmisolek piiratud töövõimega isikute tööle võtmiseks, siis on see väga keeruline.* Selline teadlikkuse tõstmine peaks hõlmama ühiskonna tasandit kui tervikut ja ei peaks olema vaid Töötukassa tehtav teavitustöö. (PTK).

Vähenenud töövõimega inimeste kaasamisel tööellu on võtmekoht tööandjate valmisolek. Probleem on see, et infopäevadel ja ümarlaudadel käib kohal vähe tööandjaid. Siinkohal aitaksid positiivsed näited, see aitaks tööandjaid julgustada. Töötukassa on tööandjate abistamiseks välja töötamas uut koostöö- ja nõustamisteenuste paketti. (JTK)

Töötukassa töötajate hinnangul ei motiveeri tööandjatele suunatud teenused eriti puudega sh psüühilise erivajadusega kliente tööle võtma. Tööandjal on vaja rohkem isikuga tegeleda, psüühilise erivajadusega isikute puhul rohkem paindlikust, mis tihti ei ole võimalik. *Kui kliendil on haigushoo ägenemine ja ta vajab ootamatult puhkepäevi. Eriti kui on tootmistöö, siis tihti sellist paindlikust ei ole võimalik lubada, kuna tellimustel on tähtjad.* (PTK).

Miinus on see, et tihti Töötukassa vahendamisel ei tea, millised on kliendi erivajadused ja millised sellest tulenevad piirangud. Sellest tulenevalt ei ole tööandjad valmis arvestama teatavate piirangutega ning psüühilise erivajadusega kaasnevate kõrvalnähtudega. Kui tööandja ei ole kliendi erivajadusest teadlik ja töökohal tekib mingi kriis, siis enamikel juhtudel selline töösuhe ka lõpeb peale kriisi ilmnemist, eriti äriettevõtete puhul.

Kliendil on vaba valik teavitada Töötukassat ja/või tööandjat oma erivajadustest, kuid klienti on lihtsam aidata, kui erivajadusest tulenevad piirangud on Töötukassa konsultandile teada. Siis saab paremini suunata tööotsinguid ja paremini olla vahendajaks kliendi ning tööandja vahel. *Nt ei sobi kliendile suures kollektiivis töötamine, sest teda võib tabada epilepsia hoog ja seetõttu on vaja, et tööandja oleks teadlik ja saaks õigesti reageerida, kui midagi juhtub.* Töötukassa töötajad tõid mitmeid näiteid, kus kliendi erivajadused on selgunud töökohal ja siis on järgnenud suhteliselt kiire töösuhte lõpetamine. Toodi ka näiteid, kus erivajadusega klient on tekitanud tööandjale materiaalselt kahju ja mitte ainult töösuhe ei ole lõpetatud, vaid ka Töötukassa edasine koostöö selle tööandjaga oli pikka aega keeruline, kuna Töötukassa oli soovitanud sellist isikut. Töötukassa konsultandid on tihti kaudsete meetmete kaudu uurinud kliendi erivajadust. *Uurime, millise arsti juures klient käib ja milliseid ravimeid ta võtab, kas on rehabilitatsiooniplaan tehtud jne, et saada paremini ülevaadet kliendi erivajadusest, kui klient ise ei räägi. Esimesel korral üldjuhul aru ei saada, et on erivajadus, kuid pikemaajaliste töötute puhul siiski konsultandid saavad aru, et tegemist on mingi erivajadusega ja üritavad seda kaudsete küsimuste kaudu täpsustada. Paljud ise ei tunnista, et neil on erivajadus.* Kui kliendil on veel ka sõltuvusprobleemid, on neid väga keeruline tööandjale vahendada. (PTK)

Töötukassalt oodatakse vastutulekut tööandjale maksude osas, nt käibemaksuvabastus arvete osas, mis on seotud psüühilise erivajadusega isikute poolt toodetud teenuste ja toodetega, sest see tegevus pole konkurentsivõimeline. *Tööjõurendina (et nt ettevalmistus, koolitus, nõu garantiid jms). Probleem: kui arve alusel teenuse pakkumine (nt SA Hea Hoog) – siis käibemaks lisandub (ei ole konkurentsivõimeline). Tööandjad viitavad seadusemuudatuse vajadusele seoses tööandja soodustustega psüühilise erivajadusega inimese tööle võtmisel. Seaduseauk: enne töötuna 6 kuud arvel ja siis saab tööandja töötajaga seotult teenuseid-toetuseid. (TLHA II)*

Tööandjat motiveeriks tunnistused, erisoodustusmaksu kaotamine nt erivajaduste inimeste tervisesse investeerimisega seotud kuludelt ja käibemaksuvabastus arvete puhul, mis on seotud erivajadusega inimeste teenuslepingutega. Tööandja on huvitatud, et info toetusmeetmete jmt kohta oleks selgemalt ühest kohast kättesaadav, et bürokraatiat oleks vähem ning et tööandjaid kaasataks sisuliselt teenuste arendamise protsessi. *Tööandjat motiveeriks tunnistused (nt spetsiaalne tunnistus nt „award.“, kvaliteedimärk), erisoodustusmaksu kaotamine nt erivajaduste inimeste tervisesse investeerimisega seotud kuludelt – nt massaaž, jõusaal jne, käibemaksuvabastus (arvete puhul, mis on seotud teenuslepingutega). Tööandja on huvitatud, et info oleks selgemalt ühest kohast kättesaadav (nt toetusmeetmete kohta) ja bürokraatiat oleks vähem ning et tööandjaid kaasataks sisuliselt teenuste arendamise protsessi (nt viimasel ajal on palju tagasisidet kogutud, kuid tööandjad ei tunneta, et nende soovitusel/arvamused on kuhugi jõudnud). (TLHA II)*

Tööandjal peab olema teatud missioonitunne ja õiged hoiakud. *Nt Kanada/USA taustaga kohvikuketi omanik võttis kodumaalt hoiaku kaasa ja alates 2000. aastast on palganud erivajadustega inimesi (alguses vaatasid ka kliendid kuidagi viltu, kuid nüüdseks on olukord ja hoiakud veidi muutunud). Samas on tööandjatel mitmeid häid ettepanekuid töötajate toetamiseks, sh ka tööväliselt nt riietega, jalanõudega jm vajalikuga. Toetamine algab märkamisest ja hoolimisest, mida saab töökollektiivis kujundada. Nende inimeste eluolu ettevõtte ei tea, küll on ettevõtte töötajad mõnikord abistanud riiete ja jalanõudega, sest märgati, et mõnel on katkised jalanõud. (TVTHK)*

Töötukassa spetsialistid töid probleemina välja, et toetatud töö teenuse pakkumist korraldatakse hangete kaudu, kus lepingud on fikseeritud aja ja tegevuste osas. Probleem on see, et realselt ei ole alati võimalik lepingut täita, sest lepingusse ei saa sisse kirjutada paindlikkust. Ka käib hankes võistlus madalaima hinna peale, mille all kannatab sageli teenuse kvaliteet ja mille tõttu pole kaitstud töö teenuse osutajad motiveeritud hangetel osalema.

Lahendamist vajaks küsimus, kuidas luua avatud tööturu lahendusi MTÜ-dele ja eraettevõtetele töökohtade loomiseks psüühilise erivajadusega inimestele. Kuidas teha seda koostöös Töötukassa ja kohalike omavalitsustega nii, et see toetaks erinevate töötamisvõimaluste (sh osaaajaga) loomist ja töökohtade kohandamist psüühilise erivajadusega inimestele.

Tööandjad ja töövõtjad omakorda kurdavad, et Töötukassa protseduurid on väga bürokraatlikud (kuigi Eestis on üldiselt vähem bürokraatlikkust kui teistes riikides). Soovitus on reorganiseerida allhangete süsteem nii, et see ei suretaks välja edukat kohalikku omaalgatust ja jäta võimaluse paindlikkuseks ning kus rõhk oleks kvaliteetsel/metoodilisel teenuse osutamisel, mitte odavaima hinna pakkumisel.

Kokkuvõtvalt Töötukassa tegevuse kohta võib öelda, et süsteem pakub erinevaid teenuseid ja toetusi (nt proovitöö, tööpraktika, tugiisikuga töötamine, abistamine tööintervjuul jne), kuid selles on veel arenguruumi. Nt on oluline arendada tööharjutuse võimalusi kogukonnas ning koostööd tööandjatega, sh tõsta nende teadlikkust. Tööandja või teenusepakkuja erivajadusest teavitamine on vabatahtlik, kuid selle tegemist peaks toetama ning julgustama. Kohandamist vajab psüühilise erivajadusega inimeste töötamist reguleeriv seadusandlus ja maksusüsteem. See võiks olla erivajadustega inimeste tööle saamist toetavam. Nt teatud teenused-toetused muutuvad kättesaadavaks alles mitmekuulise tööta olemise järel. Soovitakse ka käibemaksusoodustuse rakendamist erivajadustega inimeste töötamisega

seonduvates lepingutes. Tööandjad ootavad rohkem tunnustust, nt kvaliteedimärgiga ettevõtete märkimist, samuti bürokraatia vähendamist toetusmeetmete kasutamisel. Tööandjate sõnul tugineb erivajadustega inimeste palkamine sageli ettevõtja missioonitundel ja hoiakutel. Tööandjad sooviksid olla tööandjate toetusmeetmete planeerimisse rohkem kaasatud.

Metoodika tööks psüühilise erivajadusega inimestega - baseerumine inimese võimetele ja tugevustele

Isiku puhul tuleb hinnata tema vajadusi ja piiranguid, kuid samas ka tugevusi ja nõrkusi. See on vajalik ka tööturule suundumisel. Tugiisiku poolt on kaardistatud ka kogukonna võimalused, siis on võimalik leida tööandjad, kes pakuksid toetatud töökohti. Kuid tuge on vaja ka riigi poolt selliste töökohtade loomiseks. Tööandja jaoks on olulisel kohal ka varasem positiivne kogemus. (KM). Vajalik ja võimalik on töötada klientidega, kes soovivad liikuda iseseisvasse ellu, toetatud elamisele ja/või toetamisele kogukonnas. Töömeetod selleks on välja töötatud ja seda rakendatakse. Töö on pikaajaline, liikumine iseseisvasse ellu võib aega võtta aasta kuni paar. NB! Kogu selline DI süsteem võib hakata realselt toimima vaid siis, kui seda toetab professionaalne meditsiin vähemalt vaimse tervise õe näol kogukonnas, muidu on nende klientide terviserisk liiga suur, et iseseisvalt kogukonnas hakkama saada. *Tapa Kodus on 15 psüühilise erivajadusega isikut saanud teate, et neil tuleb lahkuda erihooldekodust kahe aasta jooksul. Moodustatud on kaks gruppi: üks grupp skisofreeniahaiged – seitse inimest, kes on käinud taastumisgrupis, kuhu oli kaasatud ka kogemusnõustaja. Teine grupp - Imastu Koolkodu kõrval elavad toetatud elamise teenusel olevad täisealised vaimupuudega isikud. Mõlema grupi puhul läksid paralleelselt käima valmisoleku hindamine, juhtumi arutelud, kogukonna võimaluste arutelud. Ellu on kutsutud DI koosolekute süsteem, kus kõigepealt valitakse välja inimesed, kellele pakkuda institutsioonist välja liikumist ja teiselt poolt töötatakse grupiga, kus on AS Hoolekandeteenused tegevusjuhendaja, vanemtegevusjuhendaja, nõustaja ja uue kogukonna süsteemi inimesed. Toimuvad regulaarsed kohtumised, algul kaks korda, praegu üks kord kuus. Igal kohtumisel on kaks osa: kogukonnas ressurside otsime (korterid jne) ja juhtumite arutelud. Selle protsessi jooksul on võimalik näha klientide küpsemist ja nende initsiatiivi tekkimist ise oma tulevast elu korralda, nt suhtlemine KOV-de ja kogukondadega, sugulastega. Mitme KOViga on leitud hea koostöö, nt Kehtna ja Kose omavalitsused. Koju tagasi minekut kardavad mõlemad osapooled, nii klient kui ka KOV. Et pakkuda isikule vajalikku tuge tulevikus, on koolitatud üks kohalik avahooldustöötaja tegevusjuhendajaks. AS Hoolekandeteenused tegevusjuhendajad seni ise ei ole veel valmis selliseid võrgustikke looma ja nende tegevust juhtima. Paljud kliendid tahavad minna oma kodukohta tagasi. On neid kes tahavad edasi liikuda nt Tallinnasse, kuid osad soovivad jääda oma endise institutsiooni lähedusse, nt Tapale. Oluline on isikule ka küsimuse lahendamine, kas elada üksi või kellegagi koos. Alates jaanuarist on välja läinud kuus-seitse klienti. Lähenedamine peab olema individuaalne.(KM)*

Kokkuvõtvalt võib öelda, et tänastes oludes lähtutakse töömeetodites eelkõige olemasolevatest võimalustest, kuid suundumus peaks olema toetuse pakkumine abi vajava inimese vajaduste põhised. Toimiv töömetoodika on tugevustele ja lahendustele keskenduv, erinevaid toetusmeetmeid kombineeriv (sh koostöö tervishoiuga) ja aste-astmelt iseseisvama toimetuleku poole liikumist toetav. Samas spetsialiste, kes seda metoodikat kasutavad, on vähe ja teenus pole ühtlaselt kättesaadav.

Toetava hoolekande võimaldamine kogukonnas elamisel

Toetava hoolekande alustala on toetav inimene – tugiisik (täna kontekstis nt vaimse tervise keskuse tegevusjuhendaja), keda klient usaldab läbi kriiside ja kes inimese tugevusi ja nõrgemaid külgi tunneb ning vajalike toetusmeetmetega toetada oskab ja suudab. See ei peaks tingimata olema

erihoolekandeesutuses töötav tegevusjuhendaja. Isikul võib olla väga mitu tugiisikut (institutsiooni tegevusjuhendaja, tugiisik töökohal, tugiisik kodus jne). Sellisel juhul on endiselt tegemist teenusekeskse lähenemisega ja seda võib DI-ks vaid tinglikult nimetada. Tulevikus ja ideaalis võiks isik ise palgata endale tugiisiku ja tal ei oleks neid palju vaja, ideaalis üht. Neil peaks olema ka kontakt läbi elu ning tugiisik ei peaks olema seotud üheselt ühegi institutsiooniga. Oluline ei ole eriline väljaõpe, vaid muud omadused ja tugiisiku kohalolu. See võib olla naabruskonnast, kuid siiski väike juhendamine oleks vajalik. (KM)

Klientidele peaks olema kättesaadav ka täiendav abi kogukonnas, nt mobiilne spetsialistide meeskond, kuhu kuuluvad vaimse tervise õde ja psühhiaater. Abi võiks olla pigem kodukülastuse vormis, mille kaudu saab rohkem informatsiooni, mille põhjal saab anda paremini nõu nii KOVile, isikule kui ka perele. Psühhiaatrid peaksid hindama klientide riskikäitumist ja see hinnang liiguks isikuga koos (teise institutsiooni või kogukonda), et oleks tagatud info liikumine institutsioonide vahel. Oluline on meeskonna mobiilsus ja ka kogukonna tervisedenduse temaatika. Klientidele peaks olema kättesaadav ka täiendav abi juhaks, kui kriisid kogukonnas on muutunud liiga sagedasteks. Abi peaks tulema mobiilselt spetsialistide meeskonnalt. Spetsialiseerunud abi peaks tulema koos psühhiaatrite ja psühhiaatria õdedega (vaimse tervise õed). Siis saab abistada isikut ja perekonda kohapeal, mitte isik ei pea tulema rehabilitatsioonimeeskonna kabinetti. Abi võiks olla pigem kodukülastuse vormis, mille kaudu saab rohkem informatsiooni, mille põhjal anda paremini nõu nii KOVile, isikule kui ka perele. Spetsialiseerunud meeskondade lühend on Fakt meeskonnad. Peamised võtmeisikud seal on vaimse tervise õde ja arst. Senised tulemused on näidanud, et nt 200 kliendist umbes 40-l keskmiselt on haiguse ägenemine ning ülejäänud võivad hea ja õige toe korral suhteliselt iseseisvalt hakkama saada. Isiku kogukonda liikumisel ongi üheks suuremaks probleemiks meditsiiniline abi kliendile, seal ei piisa vaid perearstist ja pereõest, vaja on eriettevalmistusega vaimse tervise õde. Hetkel on neid Eesti ühiskonnas ja kogukondades minimaalselt. Tervise jälgimise mudel on olulisel kohal. Selliseid meeskondi peaks Eestis olema kaks kuni neli. Oluline on meeskonna mobiilsus. Laste ja noorte vaimse tervise süsteemis juba sellised meeskonnad tegutsevad. Kui nende töö muutub efektiivseks, siis tulevikus on ka vähem täisealisi erivajadusega kliente. Olulisel kohal on ka kogukonna tervisedendus. (KM)

Psüühiliste erivajadustega isikute hoolekanne tugineb eelkõige sotsiaal- ja tervishoiusüsteemi koostööl (nt tugiisik ja vaimse tervise õde, psühhiaater, sotsiaaltöötaja jt), milles olulisteks komponentideks on kodukülastused (vajadusel) ja riskihindamine. Selle toimimise eeldus on koostöö tugiisiku/tegevusjuhendajaga, st isikuga, kellel on psüühikahäirega inimesega turvaline usaldussuhe ja kes on teadlik nii inimese vajadustest kui ka toetusvõimalustest.

9. Erihoolekandeteenuse osutajate ja kohalike omavalitsuste sotsiaaltöötajate koostöö võimalikud takistused juhul, kui psüühilise erivajadusega isikutele osutatakse teenuseid kohalikule omavalitsusele kuuluvatel sotsiaalpindadel – riskid, mis võivad ilmned a erihoolekandeteenuse osutajate ja omavalitsuste sotsiaaltöötajate võimalike funktsioonide jaotuse või vastutuse jagunemise puhul

Uuringu käigus ilmn es mitmeid takistusi erihoolekandeteenuste osutajate ja KOV-de vahel.

Kogukondades ei ole piisavalt teenuseosutajaid ja puudub info teenuste saamise võimalustest. Probleem on ka, et pole piisavalt teenuseosutajaid, kes tegeleksid nt tööh arjutusteenu se, kaitstud töö teenuse, isikliku abistaja teenuse või ka invatranspordi teenuse osutamisega. Kogemusnõustajaid pole veel piisavalt, pole valida. Kõik regioonis loodavad Puuetega Inimeste Koja juhi peale, kuid ei teata,

kus ja mida hakatakse arendama. Invatranspordi teenuse osutaja kohta pole infot. On teada üks endine Töötukassa klient, kes nüüd pakub transporditeenust Narvas, kuid teiste kohta pole teavet. (JTK)

Vähene koostöö erinevate teenuseosutajate ja kitsamate valdkondade vahel, sh sotsiaal-, tervishoiu- ja rehabilitatsioonivaldkonnad. *Puudub integreeritud lähenemine ja piisav koostöö sotsiaal-, tervishoiu- ja rehabilitatsiooniteenuste osutamisel. Enamus puuetega laste rehabilitatsiooniplaane on sahtlis ja teenuseid reaalselt selle plaani põhjal ei saada. (JPIK)*

Spetsialistidest on keskustest kaugemal asuvates piirkondades (nt Ida-Virumaal) puudus, nt logopeedid, psühhiaatrid. *Samuti on vahel takistuseks see, et vanemad hoiavad liigselt last oma sõltuvuses ja ei usalda teda mujale hooldusele ega teenusele. (JPIK)*

DI süsteem eeldab, et riigil peaksid tekkima koostööpartnerid teenuste osutamisel. *Hetkel pole see nii, nt on Lääne-Virumaa piirist kuni Lohusuu ja Sillamäeni teenustega katmata. Rakvere Lille kool oli, kuid see ei toimi enam. (JPIK)*

Probleem on suure, riigi eelisrahastatud ja toetatud teenuseosutaja AS Hoolekandeteenused monopoolses seisundis üle-eestilisel teenuste turul. **Väiksemad teenuseosutajad ei suuda konkureerida teenuste hindadega ja on sõltuvad monopoolsest pakkujast. Puudub usaldus AS Hoolekandeteenused ja väiksemate teenuseosutajate (sh MTÜ-d jt KOV teenuseosutajad) vahel.** *AS Hoolekandeteenused on juhtorganisatsioon erihoolekandeteenuste osutamisel Eestis, kuid see pole aktsepteeritud valdkonna teenuseosutajate poolt. AS teenib kasumit, kuid see ei toeta iseseisva elu teenust, sest rendihinnad, mis kehtestatud AS poolt, on kõrged. Nt MTÜ Iseseisev elu loobus teenuste osutamisest seetõttu. (JPIK)*

Probleemina nähakse institutsioonide (sh teenuseosutajad ja Töötukassa) osalemist hangetes, mis sageli ei õnnestu, sest pakkumisi tuleb vähe ja hanked pole kvaliteetse tehnilise sisuga ega ka jätkusuutlikud. *Hankeid võidavad liiga odavad pakkumised ja see pole jätkusuutlik. Toimib teenus teenuse pärast ja tegelikult inimene seda abi, mida vajab, ei saa. Pakkumisi tuleb hangetes vähe, sest need teenuseosutajad, kes oma pakkumised hästi koostavad, ei saa positiivset vastust ja rahastust teenuse osutamiseks, sest välja valitakse alati odavam ja see pole tavaliselt teenusena kvaliteetne. Need pakkumised, mis võidavad, eeldavad, et inimesed teeksid palgata tööd – see baseerub pigem meeskonnatööl ja eriala motiveeritusel, kuid pole pikemas vaates jätkusuutlik. Hanked pole lahendus, sest see on ajutine ja suunatud vähempakkumisele. Nt ehitati Töökeskused välja EL rahadega, kuid täna ei jõua need konkureerida riigihangetes. Töötukassaga on sama seis. Teenuseosutajad surevad välja, sest võidavad odavamad pakkujad. (JPIK)*

Töötukassa poolt tööharrjutusteenuse ja kaitstud töö teenuste osutamiseks läbi viidud hanked ei toimi ja viivad selle teenuse kvaliteedi alla. Hanke võidavad liiga odavad pakkumised ja see pole jätkusuutlik. Toimib teenus teenuse pärast ja tegelikult inimene seda abi, mida vajab, ei saa. (JTK)

Koostöö tegemisel on mitmeid probleeme, nt teadmatus investeeringute osas. Seetõttu ei teata, kuidas edasist projektipõhist koostööd planeerida. *Kohustus on arendada teenuseid, kuid finantseerimine pole piisav ja on tasakaalust väljas. Nt on planeeritud, et 1200 kohta finantseeritakse kogukonnateenuste arendamiseks neile, kes juba on teenusel ja 200 neile, kes täna veel pole teenusel ja neid teenuseid peab arendama. See pole kohalikele omavalitsustele piisav maht teenuste arendamiseks. (JPIK)*

Probleem on suure sihtrühma väljajäämine riigi rahastatud teenuste ringist, sh narko- ja alkosõltuvusega inimesed ja dementsed eakad. *Probleemiks on ka katmata teenuste valdkonnad, sh*

dementsete hooldus, omastehooldus ja teenused alko- ja narkosõtlastele. Ida-Virumaal Alutagusel on loodud keskus demetsetele, kuid riik ei toeta seda teenust, sest see on väljas psüühilise erivajadusega inimeste hoolekandest. Samas on seda teenust väga vaja.

Narko- ja alkosõltuvusega inimestele pole teenuseid pakkuda, sest teenusel olek välistab droogide kasutamise. Täna teevad tööd narko- ja alkosõltuvusega inimestega kirikud. Kogu ravi ja rehabilitatsiooni aluseks on teadvustamine, et kliendil on probleem ja siis saab rehabilitatsiooni läbi viia kirikute toel – see on kolmanda sektori tegevus. (JPIK)

Vaja on luua kogukondades institutsioonid, mida rahastab KOV ja kus tehakse töö sarnaseid tegevusi, nn tööharjutust. Lisaks on vaja luua institutsioon, mida rahastaks KOV ja kus tehakse töö sarnaseid tegevusi, nn tööharjutust. **Välja tuleb arendada kogukonnas elamise teenuse võimalused, samuti ööpäevane hooldusteenus, demetsete päevahoid ja toetada omastehooldust.** (JPIK)

Probleemiks peetakse seda, et DI protsessiga seotud ülesehitustöö pole riigi poolt väärtustatud, nt pole investeringuprojektides projektitöö juhtimine abikõlblik, kuigi see on väga suur töö ja vajab palju meeskonnatööd ja jõupingutusi. Vaja on planeerida raha võrgustikutööks ning välja töötada ühtsed põhimõtted koostööks. (JPIK)

Töötukassa teenuste osutamisel esineb mitmeid probleeme. Nt on probleem, et klient ei teavita ei Töötukassat ega ka tööandjat oma erivajaduse ja probleemide kohta, sest kardab kaotada töökohta, üldse mitte tööd saada või siis töö kaotada, kuid tööandja nõudmised on liiga kõrged. Selles osas pole ka toimivat meeskonnatööd rehabilitatsiooni valdkonnaga. Klient ei teavita ei Töötukassat ega ka tööandjat oma erivajaduse kohta. Kui ütleb, siis teatakse. Siiani pole ka rehabilitatsiooni meeskondadega koostööd selles osas. Uuest aastast planeeritakse tihedamat koostööd rehabilitatsiooni valdkonnaga, seda just ameti sobivuse testimisel, mis on oluline, sest seda töökohtadel ei tehta. (JTK)

Erivajadusega inimesed ise ei julge tööandjat teavitada oma erivajadusest. Kardetakse kaotada töökohta või üldse mitte tööd saada. Isegi juhtudel, kui tööandja on teadlik erivajadusest, võivad tekkida probleemid, sest tööandjad unustavad ära, et inimesed on erivajadusega ning hakkavad nendelt nõudma töö tegemist nagu tavatöötajatelt. (JTK)

Probleemid võivad esineda ka töövõimega seonduvalt, seda nii töövõime hindamisel kui ka töö sooritamisel. Vahel pole inimesele psüühilise erivajadusega seonduvalt puuet määratud ja töö testimisel või tööharjutusel tuleb see erivajadus välja. Põhjuseks võib olla inimese enda kartus või ka see, et lapsevanem (noorte töötamisel) ei tahtnud lapse puuet tunnistada. (JTK)

Töö psüühikahäirega inimeste tööle saamisel on raske, sest nad sageli ei tunnista oma probleemi ja ei räägi sellest. Paljud psüühikahäirega pikaajalistest töötutest on narkomaanid ja saavad metadooni ravi. Nendega on raske, sest nad kaovad ära ja varastavad. (JTK)

Probleemiks Töötukassa töös on kõigi osapoolte, sh nii erivajadusega inimeste kui ka tööandjate negatiivne hoiak, selles olukorras on raske tööd alustada. Töötukassa on süüdi, et peab tulema ja midagi tegema. Esineb ka klientide agressiivsust. Selles osas esineb ka klientide agressiivsust, millega tuleb aegajalt kokku puutuda. Vaja on tagada turvalisus agressiivsuse vastu. Kasutatakse paanikanuppu. Toimib omavaheline koostöö spetsialistide vahel, nt reageeritakse kokkuleppeliselt häältooni tõusu peale ja minnakse üksteisele appi. Spetsialistid suhtlevad üksteisega Skype teel ja reageeritakse, kui abi on vaja, sest töötatakse ühes saalis. (JTK)

Päevakeskuse puhul on probleem see, et SKA kaudu on teenusele saamine liiga keeruline ja bürookraatlik. Psüühilise erivajadusega kliendid ise ei oska teenusele tulemiseks pabereid vormistada. *Inimene ise ei suuda seda rida ajada ja päevakeskus aitab selles osas. Teenuste kriteeriumitega seoses on paberitööd juurde tulnud võrreldes sellega, mis oli 10 aastat tagasi (PHPP)*

DI protsessis võib olla probleem info liikumise puudumine erinevate institutsioonide vahel ja sellisel juhul kriisid juhivad juhtumeid. Seega oleksid vajalikud ühtsed meeskonnad, kes tegelevad juhtumitega ja kus toimub info liikumine. Psühhiaatrid peavad hindama klientide riskikäitumist ja andma kaasa riskikäitumise hinnangu, mis liigub isikuga koos (teise institutsiooni või kogukonda).

Kui tuua kliendid kogukonda, kuid iseseisvat elamist ei toeta tervishoiuteenused, siis süsteem toimima ei hakka. Täna on tervishoiuteenused liigselt eraldatud hoolekandeteenustest, kuid vaja on osutada integreeritud abi. Probleem on õendusabi ja psühhiaatriliste teenuste kättesaadavuse tagamine. *Erivajadustega isikute ühiskonda integreerimise üheks suurimaks piiranguks on meditsiinilise, eelkõige psühhiaatrilise meditsiiniabi kättesaadavuse piiratus, mis piirab selgelt ka nende isikute inimõigusi. Eriti puudutab see õendusteenust. Meditsiini pool on liigselt eraldatud hoolekandest.(KM)*

Riskid ja takistused erihoolekandeteenuse osutajate ja kohalike omavalitsuste sotsiaaltöötajate koostöö kujunemisel psüühilise erivajadusega isikutele teenuste osutamisel kohalikule omavalitsusele kuuluvatel sotsiaalpindadel on järgmised.

Praegune institutsioonikesksne erihoolekandesüsteem tugineb olulisel määral riiklikul rahastusel ning tänaseks väljakujunenud erihoolekandetasutuste võrgul (sh SA Hoolekandeteenused keskse teenusepakujana). **DI eeldab olemasoleva süsteemi läbimõeldud ja jõulist ümberkorraldamist. Selge on, et kõiki tänased erihoolekandeteenuste saajad ei suuda ega saa kogukondadesse suunata ja neile peaksid jääma avatuks institutsioonikesksed teenused, mis vajavad samuti arendamist selleks, et institutsionaalsel hoolekandeteenusel elav teenusekasutaja tervislike ja toimetulekunäitajate paranedes omaks võimalust institutsioonist samm-sammult kogukonda iseseisvama elu suunas liikuda.**

Et kogukonda liikuda, on vaja luua kogukondade valmisolek klientide integreerimiseks ning tagada klientidele võimalused tugiteenuste (sh elamine, töötamine ja vaba aeg) saamiseks. Praegu seda valmisolekut pole.

DI eeldab, et erihoolekandesüsteem ning kohalik tasand kogukonnapõhiste teenuste arendaja ja pakkujana teeksid tihedat koostööd, seda nii teenuse vajaduse hindamisel, teenuste arendamisel kui kogukondade valmisoleku ja võimekuse tagamisel. Vältima peaks „kiusatus“ kogukonnas tugevamat toetust vajavaid kliente asutusse suunata olukorras, kus kohalikul tasandil puuduvad võimalused teenuseid saada.

VIII Ettepanekud ja esmased poliitikasoovitused Eesti erihoolekandesüsteemi korraldamise tõhustamiseks teiste riikide praktikate näitel

Tallinna Ülikooli Ühiskonnateaduste instituut viis 2015. aastal läbi deinstitutionaliseerimise olukorrale ja arengutele keskenduva uuringu. Uuringu raames koostati rahvusvaheline ülevaade seitsme Euroopa riigi kogemustest ning viidi Eestis läbi fookusgrupi ja individuaalsed intervjuud deinstitutionaliseerimise ning puuetega inimeste hoolekande ja vaimse tervise valdkonna kogukonnapõhiste teenuste erinevate osapooltega.

Käesolev kokkuvõte põhineb meie uurimisprojekti raames koostatud erinevatel uuringutel:

1. *Zsolt Bugarszki, Hans van Ewijk, Jean-Pierre Wilken*. Deinstitutionaliseerimine ja kogukonnapõhiste teenuste arendamine. Rahvusvaheline ülevaade.
2. *Jean Pierre Wilken*. Deinstitutionaliseerimine ja kogukonnapõhiste teenuste arendamine. Ühendkuningriik.
3. *Jean Pierre Wilken*. Deinstitutionaliseerimine ja kogukonnapõhiste teenuste arendamine. Holland.
4. *Hans van Ewijk*. Deinstitutionaliseerimine Tšehhi Vabariigis.
5. *Zsolt Bugarszki*. Otsetoetuste ja isikustatud eelarve skeemid.
6. *Koidu Saia, Anu Rahu, Marju Medar, Dagmar Narusson, Kersti Kriisk, Indrek Sooniste, Mart Susi, Aino Kiis*. Deinstitutionaliseerimine ja kogukonnapõhiste teenuste arendamine Eestis.

Institutsioonid versus kogukonnapõhised teenused

Meie uuringu tulemused toetavad Eestis deinstitutionaliseerimise läbiviimise vajadust. ÜRO Puuetega inimeste õiguste konventsioon, mille Eesti on allkirjastanud ja ratifitseerinud ning kõik sellega seotud dokumendid rõhutavad deinstitutionaliseerimise ja kogukonnas elamise poole püüdluse olulisust.

Vaadates ÜRO Puuetega inimeste õiguste järelevalvekomitee tegevust, leidsime väga kriitilised Lõppmärkused, mis olid suunatud erinevatele riikidele ja ELile tervikuna:

“Komitee on mures, et kõikjal Euroopa Liidus elavad puuetega inimesed, eriti intellekti- ja/ või psühhosotsiaalse erivajadusega inimesed, ikka veel institutsioonides selle asemel, et elada kohalikes kogukondades. Samuti selgub, et vaatamata seadusandlikul tasandil tehtud muudatustele jätkub mitmetes liikmesriikides ELi vahendite kasutamine suurte hoolekandeesutuste ülalpidamiseks selle asemel, et arendada puuetega inimeste tugiteenuseid kohalikes kogukondades.”⁷⁷

Leidsime, et uuringute tulemused ja poliitika elluviimisel saadud kogemused näitavad, et ainult täielikult rakendatud deinstitutionaliseerimine toob endaga kaasa eduka sotsiaalse lõimumise ja rahvusvahelisel tasandil kokkulepitud eesmärkide saavutamise. Ühendkuningriigis nimetasid esimesed kriitikud kogukonnapõhisele hoolekandele üleminekut sageli 'lähikukunukuks'⁷⁸, kuid pikaajalisemad mõjude uuringud on näidanud, et enamus inimesi, ka kõige keerukamate probleemidega pikalt institutsionaalse hoolekande asutustes elanud inimesed, on laiendanud oma sotsiaalset võrgustikku,

⁷⁷ Concluding observations on the initial report of the European Union. September 2015.

⁷⁸ Coid J. (1994). Failures in community care: psychiatry's dilemma. *Br Med J* 1994; 308, 805-806.

omandanud iseseisvalt elamise oskusi, parandanud oma elukvaliteeti ja neid ei ole olnud vaja uuesti institutsionaalsele hoolekandele suunata.⁷⁹

Meie rahvusvaheline ülevaade vaatles ka Rootsi deinstitutionaliseerimise esimese laine ebaõnnestumise põhjusi, kus kogukonnapõhine majutus oli esmalt organiseeritud grupi rühmakodudena ja eraldatud “puuetega inimeste” majutusüksustena tõelise lõimumise asemel. Paari aasta jooksul sai selgeks, et elanike olukord ei ole nendes oludes tegelikkuses muutunud, suurte institutsioonide kultuur ja eraldatus tegelikult kogukonnast oli üle toodud ka uutesse teenustesse.

Deinstitutionaliseerimise teine laine viidi Rootsis ellu tõelist kogukonda lõimumise põhimõtet arvestades.⁸⁰

Tuginedes ÜRO komitee väga ühesele tagasisidele ja kogutud empiirilistele andmetele ning poliitika analüüsile **soovitame Eestil eesmärgikindlalt, sisuliselt ja kaasavalt deinstitutionaliseerimisele pühenduda.** Igasugune stsenaarium, kuhu kuulub senises ja deinstitutionaliseerimise põhimõtteid mittejärgivas vormis jätkamine, viib deinstitutionaliseerimise mittesaavutamiseni.

Kogukonnapõhiste teenuste detsentraliseerimine

Deinstitutionaliseerimine viib ressursid kesketelt, institutsionaliseeritud teenustelt kohalikele, kogukonnapõhiste lahendustele. Samas on pilt, kuidas erinevate osapoolte vahel kohustusi jagada veidi keerulisem. Enamikus analüüsitud Ida-Euroopa riikides jäeti suured institutsioonid riiklikul/regionaalsel tasandil alles, mis on siis vaheastmeks kohalike omavalitsuste ja keskvalitsuse vahel. Mõnes riigis viis valitsus osana deinstitutionaliseerimisest olemasolevad institutsioonid ühe suure riiklikult rahastatud teenusepakkuja alla.

Kohalikud omavalitsused vastutavad tavaliselt kogukonnapõhiste teenuste eest, millega kaasneb ka suurem vabadus otsustada, milliseid teenuseid osutada (või pigem osutamata jätta) ja milliseid kohalikke lahendusi välja töötada. Vaatamata suuremale vabadusele tundub rahastamisskeem siin sama olevat, sest ainult üksikutel kohalikel omavalitsustel oli rahaliselt võimalik enda poolt korraldatavaid teenuseid ise finantseerida. Nimetasime sellist lahendust pooleldi detsentraliseerimiseks, kus kohalikud omavalitsused on tegevad teenusepakkujatena, kuid teenuste regulatsioon ja rahastamine on määratletud ja korraldatud tsentraalselt, riiklikult.

Riikliku (ministeeriumi koordineeritud) ja kohalike omavalitsuste vahel hoolekande valdkonnas vastutuse jagamine tekitas paljudes Ida-Euroopa riikides pingeid. Detsentraliseerimine ja sõltumatus olid selles piirkonnas vastloodud demokraatiate olulised osad, mis on ilmselge poliitiline saavutus, aga kohalike omavalitsuste jätkusuutlikkus oli pidevalt küsimärgi all. Ressursside puudumine viis hoolekandesüsteemis mittesoovitavate praktikateni.⁸¹ Selle asemel, et luua kogukonnapõhiseid teenuseid, mis võiksid pakkuda haavatavatele inimestele arvestatavat tuge, eelistasid kohalikud

⁷⁹ Leff J. (1997). *Care in the Community: Illusion or Reality?* London: Wiley.

Leff J, Trieman N. (2000). Long stay patients discharged from psychiatric hospitals. Social and clinical outcomes after five years in the community. TAPS Project 46. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 217-223.

Trieman N, Leff J. (2002). Long-term outcome of long-stay psychiatric inpatients considered unsuitable to live in the community: TAPS project 44. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 428-432.

Thornicroft G, Bebbington P, Leff J. (2005). Outcomes for long-term patients one year after discharge from a psychiatric hospital. *Psychiatr Serv* 2005; 56: 1416-1422.

⁸⁰ Source of the information is the presentation of Lars-Göran Jansson on the Seminar on deinstitutionalization of European Social Network in Warsaw 2009 and also on the interview we conducted with him within the framework of this research.

⁸¹ Bugarszki, Zs.: A szociális szolgáltatások újjászületése Magyarországon. ESÉLY 2004/4 Budapest 2004

omavalitsused suunata neid inimesi regionaalsete/ riiklike teenuste juurde (täpsemalt institutsioonidesse). See tekitas suurenenud nõudluse institutsioonide järele ja jättis vähem ressursse kogukonnapõhiste teenuste arendamiseks, mis viis omakorda suurema institutsionaliseerimiseni. Seda võis täheldada kõikides uuringuga hõlmatud Ida-Euroopa riikides. Seda aspekti tuleks teadlikult ka Eesti DI protsessis jälgida. s

Lääne-Euroopa riikides on areng olnud teistsugune. Rootsis ja teataval määral ka Ühendkuningriigis on kohalikel omavalitsustel rohkem (rahalist) vabadust, et oma hoolekandesüsteemi kujundada. Vaimse tervise häirete ja puuetega inimeste hoolekande valdkonnas leidsime tsentraliseeritud lahendusi Hollandis, kus alles hiljuti rahastati kõiki erihoolekandeteenuseid, olenemata teenuse osutamise kohast, keskvalitsuse poolt. Laiaulatusliku hoolekandereformi käigus on seda süsteemi hakatud ka Hollandis detsentraliseerima. Alates 2015. aasta algusest on enamus kohustusi (k.a eelarve) viidud riiklikult tasandilt kohalikule, pannes sotsiaalteenuste, toetatud elamise ja töajuturul osalemise eest vastutuse ka sisuliselt kohalikele omavalitsustele. Igal kohalikul omavalitsusel on vabadus ka teenuseid vastavalt oma poliitikale kohandada. s

Toetudes erinevate riikide kogemustele **soovitame Eestis viia läbi hoolekandesüsteemi üheselt mõistetav detsentraliseerimine**. Kogukonnapõhiseid teenuseid saab luua ja juhtida vaid kohalike omavalitsuste ja kohalike kogukondade kogemuste, kaasatuse ja motiveerituse abil. Vaadates Hollandi näidet on tulevase hoolekandesüsteemi jaoks eluliselt oluline olemasolevate kogukondlike ressursside mobiliseerimine, sest praeguse sotsiaalkulude taseme juures on vähe tõenäoline, et Eesti suudaks katta kõik siiani riigi poolt finantseeritud sotsiaalteenuste kulud. Selles protsessis on lisaks piisavale ja toimivale finantseerimisskeemile väga olulised kohalikud ressursid, loovus, kohalike osapoolte pühendumus ja motivatsioon.

Läbiviidud intervjuudes tõstusid mitmed pingeid kohalike omavalitsuste, väiksemahulisemate teenusepakkujate ja riigi poolt finantseeritud suurte teenusepakkujate nägemuste vahel. Suuremahulised teenusepakkujad pidasid oluliseks finantseerimise kulutõhusust (nt suurtes asutustes optimeerimine lihtsam), senist teenuseosutamise kogemust ja seni läbiviidud arendusi. Väiksemahulisemad teenusepakkujad rõhutasid teenuseosutajatena teenuserahastusele konkureerimise võimaluste võrdsustamist ning tõid välja enda teenuste tugevuse (nt individuaalsem lähenemine, vastavus paljudele DI printsiipidele). Kohaliku tasandi esindajad tundsid muret omavalitsuste erineva võimekuse (nii finantsvõimekus kui konkreetsete teenusepakkujate olemasolu jne) kui ka planeeritavalt rakenduva finantseerimisskeemi piisavuse osas. Intervjueeritavad jagasid seisukohta, et DI elluviimise edukus on oluline teenusekasutajate elukvaliteedi, rahvusvaheliste kokkulepete täitmise ning tänapäevase hoolekandesüsteemi arengu seisukohalt. Deinstitutionaliseerimine peab toimuma osapooli kaasates, kuulates ning koos mõistlikke ja eesmärgile viivaid lahendusi planeerides ja rakendades. Selleks peab jätkuma kõiki vajalikke ressursse – inimesi, aega ja rahalisi vahendeid.

Soovitame pöörata erilist tähelepanu kohalike omavalitsuste, teenusepakkujate ja aktiivsete kogukondade juhtide kaasamisele kogukonnapõhise hoolekande väljatöötamisse nii, et see arvestaks tuleviku süsteemi kujundamisel ka kohalike initsiatiividega ning juba olemasolevate kogemustega.

Teenusepakkumine

Kui vaatasime olemasolevate kogukonnapõhiste teenuste struktuuri, siis leidsime Ida-Euroopast enam-vähem samad sotsiaal- ja tervishoiu teenused. Vältimatu ravi toimub enamasti haiglates, samas kui mõnes riigis (Ungaris ja Tšehhi Vabariigis) leidsime ka efektiivse ambulatoorsete tervishoiuteenuste

võrgustiku. Meditsiini- ja sotsiaalteenuste vahel on nõrk side, mis tekitab probleeme eriti vaimse tervise alases hoolekandes.

Viimase 25 aasta jooksul on kogukonnapõhises sotsiaalteenuste osutamises toimunud oluline areng, mille puhul tervishoiu kõrvale on loodud täiendav süsteem, samas kui kahe süsteemi vaheline koostöö on kahetsusväärset puudulik. See probleem on väga terav Ungaris, Rumeenias ja Tšehhi Vabariigis ning teataval määral ka Eestis. Eestis tundub olevat toimunud suurem nihe üleminekul meditsiiniliselt lähenemiselt psühhosotsiaalsele, kuid see ei tähenda, tervishoiu ja sotsiaalala spetsialistide koostöö oleks parem.

Tavapärased sotsiaalteenused vaimse tervise häirete ja puuetega inimeste kogukonnapõhises hoolekandes nagu toetatud elamise programmid, päevakeskused, nõustamine, juhtumitöö, erinevad rehabilitatsiooni ja kutsealase rehabilitatsiooni teenused, on väga erineva ulatuse ja kvaliteediga. Ühtki Ida-Euroopa riiki ei saa hetkel nimetada peamiselt kogukonnapõhiseid teenuseid pakkuvaks riigiks.

Ühes eelnevas uurimisprojektis leidsime, et praegused kogukonnapõhised teenused on harva seotud kohaliku kogukonnaga. Teenustesüsteem on tükeldatud teenindamiseks erinevaid sihtrühmi ja selle asemel, et tugevdada kaasamist ja osalemist kohalikul tasandil, loovad meie praegused teenused kogukonnas uut eraldatust pakkudes eraldi elamis-, töötamis- ja puhkevõimalusi eakatele, puuetega inimestele ja vaimsete probleemide all kannatajatele. Toetatud elamine eraldatud piirkondades, toetatud töötamine ainult puuetega inimestele mõeldud töökohtades ja kindlale sihtrühmale suunatud päevakeskused ei too kaasa kogukonda sulandumist isegi kui neid teenuseid osutatakse kogukonnas.⁸²

Hollandis ja Tšehhi Vabariigis leidsime aga neile probleemidele uuenduslikke lahendusi. Amersfoortis otsustasid kohalikud võimuorganid sulgeda mitmed spetsiaalsed päevakeskused tuues teenusekasutajad laiapõhjalisematesse kogukonnakeskustesse ning andes rohkem vastutust kohaliku naabruskonna võrgustikele selle asemel, et lahendada kõik probleemid hoolekandeteenustega. Sellised lahendused – olemasolevate kogukonna ressurside mobiliseerimine – võivad olla kasulikud ka Ida-Euroopa riikides, kus sotsiaalkulutuste tase on madalam ja igas väiksemas asulas ei ole võimalik professionaalseid sotsiaalteenuseid pakkuda. Eestis on mitmeid toimivaid kogukonnapõhiseid initsiatiive (nt Kalamaja, Uue Maailma, Kassisaba piirkonnad, külaseltsingud ja –liikumised jne), kust sarnaseid koostööalgatusi välja arendada ka hoolekandega seotult.

Tšehhi Vabariigis analüüsisime samas paljulubavat sotsiaalteenuste ja sotsiaalse ettevõtluse kombinatsiooni. Prahas on sadu kohvikuid, poode, aiandusettevõtteid, arvutite või jalgrataste parandusi ja isegi suuremaid asutusi nagu hotellid ja reisibürood, mida juhivad ja/või kus töötavad puute või vaimse tervise probleemidega inimesed. Sotsiaalne ettevõtlus ei paku teenuseosutajatele mitte ainult sissetulekut, vaid on ka heaks rehabilitatsioonimeetodiks võimaldades luua väljaspool puuet uusi identiteete.

Teenuste osutamisel kasutatakse üha enam uuenduslikke IT vahendeid ja võimalusi. E-teenused nagu e-nõustamine või virtuaalsed noortekeskused ei ole ainult head lahendused kaugettesse piirkondadesse jõudmiseks, vaid on tõestanud oma efektiivsust ka hoolekandes.⁸³ Paljulubavateks uuteks algatusteks on kaasaegsed jagatud majanduse mudelid, mis pakuvad ühiseid lahendusi jõustades tavalisi inimesi ning andes neile võimaluse hakata mikro-ettevõtjateks ja aktiivseteks kohaliku kogukonna liikmeteks.

⁸² Wilken, J. P.; Hanga, K. (ed) Stories of Recovery and Participation – experiences and challenges. Institute of Social Work Tallinn University. Tallinn 2015

⁸³ Alleman, J. R. (2002). Online counseling: The internet and mental health treatment. *Psychotherapy*, 39, 199-209

Toidupangad, toiduvahetuse platvormid, kogukonna platvormid, heategevuslikud pangad, juhuslikel töötistel põhinev tarbimine on head lahendused ebasoodsas olukorras olevate gruppide jaoks, kelle juurdepääs kogukonna ja ettevõtlusega seotud ressursidele on tavaliselt piiratud. *Online*-lahendused ja kaasaegsed võrgustunud ühiskonnad võivad need puudujäägid korvata suurendades samas ka haavatavate inimeste sotsiaalset kapitali.

Meie soovitusena on jätkusuutliku koostöö loomine riigi, kohalike kogukondade, ettevõtete ja inimeste vahel, et luua kaasav ühiskond. Vajalik on selgelt eraldada keskvalitsuse ja kohalike omavalitsuste rollid. Hollandis ja Rootsis on tervishoid organiseeritud ja rahastatud riigi tasandil, samas kui kõik puuetega inimeste sotsiaalhoolekande teenused on kohalike omavalitsuste vastutusalas. **Kui asi puudutab sotsiaalhoolekannet, on vajalik, et tekiks tugev side toetavate sotsiaalteenuste ja erinevates eluvaldkondades osalemise vahel.** Soovitame sama lahendust järgida ka Eestis. Riigil on edaspidigi ilmne ja asjakohane roll abivajavate inimeste hoolekandes, aga riigi peamine ülesanne on stimuleerida ja mobiliseerida kogukondlikke ressursse selle asemel, et neid asendada.

Kogukonnapõhiste teenuste rahastamine

Oma uuringus tõime välja põhimõtted, mille alusel rahastatakse hoolekannet paljudes Euroopa riikides. Pöörasime tähelepanu ühele kindlale rahastamisskeemile, millest saab paljudes riikides tuleviku kogukonnapõhise hoolekande jaoks tõenäoliselt peamine lahendus: otsetoetuste ja isikustatud eelarve süsteem.

Isikustatud eelarve v. isiklik eelarve tähendab puuetega inimestele suunatud poliitikat, mille puhul on teenusekasutajatel õigus teha oma igapäevaelu puudutavates küsimustes valikuid ja langetada otsuseid. Kõige üldisemalt tähendab isikustatud eelarve teenuste organiseerimist nii, et teenusekasutaja käsutuses on raha, mis on talle vajalike teenuste kasutamiseks eraldatud. Teenuste korraldamise protsessi keskmeks on isikustatud planeerimise põhimõte. Seda lahendust kaaludes on oluline võtta arvesse nii tugevusi kui riske – näiteks tuleb tagada, et isikustatud eelarve käsutajal oleks kindlus ja teadlikkus valida toetusmeetmeid kvaliteetsete, teadmisi-/töenduspõhiste, mõistliku hinnaga variantide hulgast.

Nimetatud puuetega inimeste poliitikas toimuvaid muutusi viivad ellu peamiselt **kohalikud** omavalitsused. Neid uusi praktikaid võib vaadata ka deinstitutionaliseerimise kontekstis, sest mitmes riigis on pooleli protsess, mille käigus vähendatakse suletud institutsioonides elavate puuetega inimeste arvu ja luuakse majutusvõimalusi, mis võimaldavad neil suuremat iseseisvust saavutada.

Analüüsisime otsetoetuste ja isikustatud eelarvete süsteeme detailsemalt Ühendkuningriigis ja Soomes ning viitasime ka Rootsile, Hollandile, Tšehhi Vabariigile ja Slovakkiale kui sellise rahastamisskeemi toimivatele näidetele.

Vastavalt mitmetele uuringutele⁸⁴ on isikustatud eelarvete kasutajatel suurenenud peale sellise eelarve saamist heaolu, kasvanud nende eneseväärikus ja otsustamisvõime. Peamine elukvaliteedi tõusu põhjus on seotud suurema võimalusega osaleda teenuste kasutamist puudutavas otsustamisprotsessis. Isikustatud eelarvestamine toob seega kaasa võimaluse oma elu üle suuremat kontrolli omada.

⁸⁴ Glasby, J. (2005): Direct payments and the social model of disability- Social Work & Social Sciences Review 12(2) 2005 pp.48-58

Kui inimesel on võimalus kasutada oma eelarvet selle teenuse saamiseks, millest talle kõige enam kasu on, muudab puudega inimese uus roll tarbijana nii tema elu tähendusrikkamaks kui suurendab ka võimalusi ise otsustada ja oma elu kontrollida.

Toetudes mainitud uurimistulemustele ja erinevate riikide positiivsetele kogemustele **soovitame Eestis kaaluda otsetoetuste ja isikustatud eelarve skeemide kasutuselevõtmist**, et hiljuti loodud ja juba olemasolevaid kogukonnapõhiseid teenuseid rahastada. Samas peame otsetoetuste ja isikustatud eelarvete skeemide kasutusele võtmisel Eestis võimalike riskide maandamise sisukohast oluliseks:

- professionaalset tuge otsustamisel, (erialase väljaõppega juhtumikorraldaja/tugiisik, soovitatavalt töötaja, kes töötab kliendiga pika-ajaliselt ja omab usalduslikku kontakti), et isik oskaks valida talle võimaldatud valikutest teenuseid, mis realselt aitavad kaasa tema iseseisvale toimetulekule ja haigusest taastumisele.
- kindlat teenuste loetelu ning kvaliteedi kriteeriumeid, mille vahel isikustatud eelarve baasil on võimalik isikul valida/osta (loetelu ei hõlmaks heaolu teenuseid)

Erinevate lähenemiste võrdlev analüüs

Saamaks ülevaadet erinevatest stsenaariumitest kirjeldame deinstitutionaliseerimise kahte võimalikku kulgu Eestis.

Stsenaarium 1. Deinstitutionaliseerimist viivad ellu senised suurtes institutsioonides teenusepakkujad

Logistika ja rahalise juhtimise aspektist on deinstitutionaliseerimise elluviimine piiratud arvu osapooltega tark otsus. Suured teenusepakkujad, kes vastutavad enamike voodikohtade eest, saavad ise keskselt oma institutsioonide sulgemist juhtida. Selle lahenduse eelisteks on kiire otsuste langetamine, kuluefektiivsed lahendused ja suhteliselt lihtne protsessi juhtimine.

Probleemid võivad tekkida siis kui tuleb hakata tegelema tulevaste kogukonnapõhiste teenuste väljaarendamisega. Suurte, tsentraliseeritud teenusepakkujate nõrkuseks võib olla see, et neil on vähene seotus kohalike kogukondadega. Pärast deinstitutionaliseerimise esimest lainet sai Eestis selgeks, et enamik uusi majutusteenuseid ei olnud muutunud kohalike kogukondade osaks. Kasutajad paigutati ümber parematesse tingimustesse, kuid väiksemad hooned ei tähenda automaatselt kogukonnaga lõimumist. (Leidsime selle stsenaariumi kohta tõendeid Rootsi ja ELi kohta käivast kirjandusest).

Selle stsenaariumi kohaselt loodud lahendused sarnanevad suuresti perioodil 2006-2013 saadud tulemustega. Suured institutsionaalsed asutused suletakse ja luuakse väikesed, isoleeritud kogukondlikud majutusüksused, mida juhib suuresti kohalikest ressurssidest eraldatuna tsentraalne asutus.

Stsenaarium 2. Suurte teenusepakkujate ja kohalike algatuste vahel tasakaalustatud ressursside eraldamine

Paralleelselt **mitmekesisema ELi vahendite eraldamisega viiakse deinstitutionaliseerimist ellu suurte ning väiksemate teenusepakkujate ja kohalike kogukondade koostöös**. Suured teenusepakkujad vastutavad protsessi juhtimise, vahendite eraldamise ja suurte institutsioonide sulgemist puudutavate oluliste otsuste eest, samas kui tulevased kogukonnapõhised teenused on välja töötatud (ja hiljem korraldatud) kohalike omavalitsuste ja nende lepinguliste partnerite poolt. Selle stsenaariumi kohaselt nihkub sisuline vastutus ja õigus teenuseosutamise osas suurte teenusepakkujate juurest kohalike omavalitsuste õlule. Sel juhul kaasneb deinstitutionaliseerimisega ka teenuste detsentraliseerimine.

Soovitame juurutada teist stsenaariumi. Arvestades suurte teenusepakkujate senist kogemust ja rolli institutsioonide sulgemisel, peab neil olema protsessis oluline osa. Aga ELi vahendite eraldamine peab olema mitmekesisem ja meie soovitus on luua projektipõhiseks vahendite kasutamiseks konsortsium suurtest teenusepakkujatest ja kohalikest kogukondadest. Oma projektitaotlustes peaksid nad ära tooma realistliku plaani, kuidas sulgeb praegune teenusepakkuja institutsiooni ja kuidas antakse kohustused üle kohalikele osapooltele. Tsentraliseeritud lahendused saavad olla üleminekuetapina lubatud vaid juhul kui kohalikud algatused puuduvad.

Selleks, et edendada kohalike ja kesksete partnerite vahelist kommunikatsiooni soovitame käivitada osapoolte vahel regionaalselt toetatud läbirääkimised ja seda enne ELi vahenditele projektitaotluste esitamist. Leidsime sellekohaseid toimivaid näiteid Tsehhi Vabariigis ja ka Ungaris.

Meie peamised soovitused:

- 1. Eesmärgikindlalt, sisuliselt ja kaasavalt pühendumine deinstitutionaliseerimisele Eestis.**
- 2. Eesti hoolekandesüsteemi üheselt mõistetav detsentraliseerimine.**
- 3. Eriline tähelepanu kohalike omavalitsuste, teenusepakkujate ja aktiivsete kogukonna liidrite kogukonnapõhise hoolekande loomisse kaasamisele.**
- 4. ELi ressursside mitmekesisem eraldamine, mis soodustaks koostööd suurte ning väiksemate teenusepakkujate ja kohalike kogukondade vahel.**
- 5. Jätkusuutliku koostöö toetamine riigi, kohalike kogukondade, ettevõtete ja inimeste vahel kaasava ühiskonna tekkimiseks.**
- 6. Vajalik on tugev side toetavate sotsiaalteenuste ja erinevates eluvaldkondades osalemise vahel.**
- 7. Otsetoetuste ja isikustatud eelarvete skeemide kasutuselevõtmine Eestis, arvestades ja maandades võimalikke riske.**

Kasutatud kirjandus

1. Act concerning Support and Service for Persons with Certain Functional Impairments (LSS)
2. Alleman, J. R. (2002). Online counseling: The internet and mental health treatment. *Psychotherapy*, 39, 199-209
3. ANED (2009) The Netherlands – ANED country profile <http://www.disabilityeurope.net/content/pdf/Netherlands%20ANED%20country%20profile.pdf>
4. Applica & CESEP & European Centre (2007) Study of the Compilation of Disability. Statistical Data from the Administrative registers of Members States.
5. Briefing on Structural Funds Investments for People with Disabilities: Achieving the Transition from Institutional Care to Community Living, European Network on Independent Living – European Coalition for Community Living, December 2013 <http://www.enil.eu/wp-content/uploads/2013/11/Structural-Fund-Briefing-final-WEB.pdf> (last download 26th of September 2015)
6. Bugarszki, Zs.: A szociális szolgáltatások újjászületése Magyarországon. ESÉLY 2004/4 Budapest 2004
7. Bugarszki, Zs., Eszik, O., Szentkatolnay M., Sziklai, I.: Deinstitutionalization and Promoting Community-Based Living in Hungary. ELTE University, 2011
8. Chisholm D, Hallam A (2001). Changes to the hospital-community balance of mental health care: economic evidence from two UK studies. In Brenner H, Boeher W (eds), *The Treatment of Schizophrenia—Status and Emerging Trends*, Kirkland: Hogrefe & Huber, 210–224.
9. Coid J. (1994). Failures in community care: psychiatry's dilemma. *Br Med J* 1994; 308,:805-806.
10. Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community Based Care <http://deinstitutionalisationguide.eu/> (last download: 26th of September 2015)
11. Concluding observations on the initial periodic report of Hungary, adopted by the Committee at its eighth session (17-28 September 2012)
12. Concluding observations on the initial report of the Czech Republic. May 2015.
13. Concluding observations on the initial report of the European Union. September 2015.
14. Craig T, Garety P, Power P et al (2004). The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. *Br Med J* 2004;329:1067.
15. Glasby, J. (2005): Direct payments and the social model of disability- *Social Work & Social Sciences Review* 12(2) 2005 pp.48-58
16. Department of Health and Social Security 1971). *Hospital Services for the Mentally Ill*. London: HMSO.

17. Department of Health and Social Security (1975). *Better Services for the Mentally Ill*. London: HMSO
18. Department of Health and Social Security (1981). *Care in the Community*. London: HMSO.
19. Department of Health (1989). *Modernising the Care Programme Approach: Effective Co-ordination of Mental Health Services*. London: HMSO.
20. Department of Health (1990). *The Care Programme Approach for People with a Mental Illness Referred to the Specialist Psychiatric Services*. London: HMSO.
21. Department of Health (2000). *NHS Plan*. London: Department of Health.
22. Department of Health (1999). *National Service Framework for Mental Health: Modern Standards and Service Models*. London: HMSO.
23. Department of Health (2011) *No Health Without Mental Health: a cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages*. London: Department of Health.
24. Developing Community Care – Report of European Social Network. 2011. Brighton UK. <http://www.esn-eu.org/developing-community-care/index.html> (last download: 26th of September 2015)
25. Emerson, E., Hatton, Chr., Robertson, J., Roberts, H., Baines, S & Glover, G. (2010). *People with Learning Disabilities in England 2010*. London: Department of Health. Emerson, E., Hatton, Chr., Robertson, J., Roberts, H., Baines, S & Glover, G. (2011). *People with Learning Disabilities in England 2011*. London: Department of Health.
26. Evans, J., 2001. *Independent Living and Centres for Independent Living as an Alternative to Institution*. disability-studies.leeds.ac.uk
27. Fejlesztési koncepció-javaslat a fogyatékos személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi férőhelyek kiváltásáról szóló stratégia (2011-2041) végrehajtásának el segítésér l a 2015-2020. id szak tervezéséhez. Fogyatékos Személyek Esélyegyenl ségért Közhasznú Non-Profit Kft. Budapest 2015
28. Glover G, Arts G, Babu KS (2006). Crisis resolution/home treatment teams and psychiatric admission rates in England. *Br J Psychiatry* 2006;189:441-445.
29. Hanzl, V. (2010). *Glosy k návrhu tezí zákona o sociálních službách [Proposals for amendment of the act on social services.]*. *Rezidencní péče*, 1, 11
30. *Health and Personal Social Services for People with Disabilities in The Netherlands. A Contemporary Developments in Disability Services Paper*. NDA, 2011. Retrieved October 2015: <http://nda.ie/Policy-and-research/Research/Research-publications/Developing-Services-for-People-with-Disabilities/Health-and-Personal-Social-Services-for-People-with-Disabilities-in-The-Netherlands/>
31. House of Commons Social Services Committee (1985). *Community Care With Special Reference to Mentally Ill and Mentally Handicapped People*. London: HMSO. Department of Health and Social Security.
32. *Implementation of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities in Slovakia. Alternative report of non-governmental and disability persons organizations*. July 2015. http://www.mdac.org/sites/mdac.info/files/crpd_slovakia_alternative_report.pdf (last download: 26th of September 2015)

33. Independent living: making choice and control a reality – Report of European Social Network. 2011. Brighton UK.
34. Initial Report of the Czech Republic to the UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities. November 2011
35. Initial Report of Hungary to the UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities. October 2010
36. Initial Report of Slovakia to the UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities. January 2012
37. Initial report of Sweden to the UN Monitoring Committee. February 2011.
38. Johnson S, Nolan F, Pilling S, et al (2005). Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study. *Br Med J* 2005;331:599.
39. Killaspy, H. (2006). From the asylum to community care: learning from experience. *British Medical Bulletin* (2006) 79-80 (1): 245-258. First published online: January 23, 2007.
40. Killaspy H, Bebbington P, Blizard R, et al (2006). The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London. *Br Med J* 2006;332:815-820.
41. Knapp, M.; Funk, M.; Curran, C.; Prince, M.; Grigg, M.; McDaid, D. Economic barriers to better mental health practice and policy. *Health Policy Plan*. 2006 May;21(3):157-70.
42. Lawton-Smith, S., McCulloch, A. (2013). *A brief history of specialist mental health services*. London: Mental Health Foundation.
43. Leff J. (1997). *Care in the Community: Illusion or Reality?* London: Wiley.
44. Leff J, Trieman N. (2000). Long stay patients discharged from psychiatric hospitals. Social and clinical outcomes after five years in the community. TAPS Project 46. *Br J Psychiatry* 2000;176:217-223
45. Macpherson R, Shepherd G, Edwards T. (2004). Supported accommodation for people with severe mental illness: a review. *Adv Psychiatr Treat* 2004;10:180-188.
46. Marshall M, Lockwood A. (1998). Assertive community treatment for people with severe mental disorders (Cochrane review). In the Cochrane Library. (Issue 4).
47. McCrone P, Johnson S, Thornicroft G. (2001). Predicting the costs of community care for individuals with severe mental illness in South London. *Schizophr Bull* 2001;27:653-660.
48. Monitoring of Absorption of Structural Funds in the Area of Social Services during the period of 2007-2011. INESS 2013.
49. Morris, J., 2004. Independent living and community care: a disempowering framework. *Disability & Society*, 19(5), pp. 427-442.
50. National action plan on transformation of residential social services http://www.employment.gov.sk/files/legislativa/dokumenty-zoznamy-pod/narodny-plan-deinstitucionalizacie_en.pdf (last download: 26th of September 2015)
51. “One step forward, two steps backwards” Deinstitutionalisation of large institutions and promoting community-based living in Hungary through the use of the Structural Funds of the European Union. ELTE University 2011

52. Petri, G.; Kozma, Á.: Mapping Exclusion. Institutional and community-based services in the mental health field in Europe. Mental Health Europe. Brussels 2012 http://tasz.hu/files/tasz/imce/mapping_exclusion_-_final_report_with_cover.pdf (last download: 26th of September 2015)
53. Ravelli, D.P. (2006). Deinstitutionalisation of mental health care in the Netherlands: towards an integrative approach. *Int J Integr Care*. 2006 Jan-Mar; 6: e04. Published online 15 March 2006. Retrieved: October 14, 2015. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1480375/>
54. Replies of the Czech Republic to the list of issues. December 2014
55. Replies of the European Union to the list of Issues. June 2015.
56. Resolution of the Government of the Czech Republic of 21 February 2007 No. 127.
57. Sakkeus, L., Medar, M.; Social Integration of Disabled People. Statistics Estonia, Tallinn 2014.
58. Scharle Ágota (2011): A foglalkoztatási rehabilitáció hatékonysága. Kutatási jelentés, Budapest Intézet http://www.budapestinstitute.eu/kutatas/prj/A_foglalkoztatasi_rehabilitacio_hatekonysaga
59. Šiška, J., July Beadl-Brown (2011). Developments in Deinstitutionalization and Community Living in the Czech Republic. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities* Volume 8 Number 2 pp 125–133.
60. Thornicroft G, Bebbington P, Leff J. (2005). Outcomes for long-term patients one year after discharge from a psychiatric hospital. *Psychiatr Serv* 2005;56:1416-1422.
61. Thornicroft G, Tansella M. (2004). Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. *Br J Psychiatry* 2004;185:283-290.
62. Trieman N, Leff J. (2002). Long-term outcome of long-stay psychiatric inpatients considered unsuitable to live in the community: TAPS project 44. *Br J Psychiatry* 2002;181:428-432.
63. Töövõimetoetuse seaduse muutmise ja sellega seonduvalt teiste seaduste muutmise seadus 84 SE. (2015). Riigikogu, 25.11.2015. URL: <http://www.riigikogu.ee/tegevus/eelnoud/eelnou/1c7f8f0b-4e0e-4707-8afa-e76df6e546fe/T%C3%B6%C3%B6v%C3%B5imetoetuse%20seaduse%20muutmise%20ja%20sellega%20seonduvalt%20teiste%20seaduste%20muutmise%20seaduse%20eeln%C3%B5u%20%2884%20SE%20II%29/> (25.11.2015).
64. United Nation Convention on the Rights of Persons with Disabilities Article 19 <http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=279> (last download: 26th of September 2015)
65. Van Weeghel J, van Audenhove C, Colucci M, Garanis-Papadatos T, Liegeois A, McCulloch A, et al. (2005). The components of good community care for people with severe mental illnesses: views of stakeholders in five European countries. *Psychiatr Rehabil J* 2005;28:274-281.
66. Wilken, J. P.; Hanga, K. (ed) *Stories of Recovery and Participation – experiences and challenges*. Institute of Social Work Tallinn University. Tallinn 2015
67. Zarb, G. (2004). Independent Living and the Road to Inclusion. 191-206. In: Barnes, C. and Mercer G. (eds). *Disability Policy and Practice: Applying the Social*. Leeds: The Disability Press, 191-206).

IX Lisad

Lisa 1. Erihoolekande korraldus Eestis

Üldine korraldus. Hoolekande valdkonnas on psüühilise erivajadustega isikutele teenuste ja toe pakkumine reguleeritud kahe peamise seadusandliku aktiga: Sotsiaalhoolekande seadus (erihoolekandeteenused ja kohaliku omavalitsuse tasandil osutatavad toetavad teenused, rehabilitatsiooniteenus) ja Tööturuteenuste ja –toetuste seadus (tööturuteenused). Raviteenuste pakkumine on reguleeritud Psühhiaatrilise abi seadusega.

Psüühilise erivajadustega isikutele suunatud teenused, mis toetavad psüühilise erivajadusega isikud ja võimaldavad neil naasta kogukonda ning tööturule, võib jagada nelja peamisse gruppi:

- **Institutsionaalsed erihoolekandeteenused ehk ööpäevaringne hooldus:**
 - *Otsustab teenuse osutamise/vajaduse:* Teenuse saamise vajadust hindab rehabilitatsioonimeeskond, teenuse osutamise otsustab Sotsiaalkindlustusamet, kui kõik vajalikud tingimused on täidetud ja isik ise või tema eestkostja on avaldanud soovi teenusele suunamiseks; (v.a. kohtumäärusega erihoolekandeteenusele suunatud isikud, kelle puhul teenuse vajaduse otsustab kohus ja Sotsiaalkindlustusamet suunab isiku viivitamatult teenusele, isiku soovi ei arvestata);
 - *Teenuse rahastaja:* riik ja isik, erandjuhtudel täiendavalt kohalik omavalitsus;
 - *Teenuse osutaja:* avalik või eraõiguslik organisatsioon, kellel on leping riigiga vastava teenuse osutamiseks ja kellel on Sotsiaalkindlustusameti väljastatud tegevusluba erihoolekandeteenuse osutamiseks.
- **Kogukonnapõhised erihoolekandeteenused:**
 - *Otsustab teenuse osutamise/vajaduse:* Teenuse saamise vajadust hindab rehabilitatsioonimeeskond või igapäeaelu toetamise teenuse puhul isiku raviarst. Alates 2016. aasta jaanuarist jõustuva seadusemuudatuse kohaselt on kõigile toetavatele erihoolekandeteenustele suunamise aluseks psühhiaatri suunamiskiri (st, et rehabilitatsioonimeeskonna hinnang pole enam vajalik). Teenuse osutamise otsustab Sotsiaalkindlustusamet, kui kõik vajalikud tingimused on täidetud ja isik ise või tema eestkostja on avaldanud soovi teenusele suunamiseks;
 - *Teenuse rahastaja:* riik, kohalik omavalitsus ja isik ise. Nt on proportsioonid 2014.a kogukonnapõhiste teenuste (igapäeaelu toetamine, toetatud elamine, kogukonnas elamine ja töötamise toetamine) rahastamisel jagunenud järgmiselt: kokku üle 60% moodustas riigi rahastus, üle 20% KOV rahastus ja umbes 10% isiku omaosalus. Lisaks on kohalik omavalitsus kohustatud tagama igapäeaelu toetamise teenuse osutaja kasutuses või omandis olevate igapäeaelu toetamise teenuse osutamise ruumidega seotud kulude katmise kohaliku omavalitsuse poolt kehtestatud ulatuses vastavalt SHS § 11³⁷ § Igapäeaelu toetamise teenuse osutamise ruumide kulude katmine.
 - *Teenuse osutaja:* avalik või eraõiguslik organisatsioon, kellel on leping riigiga vastava teenuse osutamiseks ja kellel on vastava teenuse osutamiseks väljastatud tegevusluba.
- **Kohaliku omavalitsuse pakutavad täiendavad toetavad (sotsiaal)teenused:**

- *Otsustab teenuse osutamise/vajaduse:* kohalik omavalitsus, kui isik ja/või tema eestkostja on pöördunud omavalitsuse poole ja avaldanud soovi teenuse saamiseks; teenuse osutamist võib soovitada ka rehabilitatsioonimeeskond isikule koostatud rehabilitatsiooniplaanis, aga soovitus ei ole teenuse saamise aluseks.
- *Teenuse rahastaja:* kohalik omavalitsus ja teatud teenuste korral osaliselt isik;
- *Teenuse osutaja:* kohalik omavalitsus või muu avalik või eraõiguslik organisatsioon, kellele omavalitsus on teenuse osutamise delegeerinud.
- Eesti Töötukassa poolt osutatavad teenused isiku sujuvamaks tööturule sisenemiseks:
 - *Otsustab teenuse osutamise/vajaduse:* Eesti Töötukassa, kui isik ja/või tema eestkostja on pöördunud Töötukassa poole ja/või avaldanud soovi teenuse saamiseks;
 - *Teenuse rahastaja:* Eesti Töötukassa;
 - *Teenuse osutaja:* Eesti Töötukassa või muu avalik või eraõiguslik organisatsioon, kellele töötukassa on teenuse osutamise delegeerinud.

Psüühilise erivajadusega isikule vajalikest teenustest koostab nimekirja rehabilitatsioonimeeskond peale isiku taastumiseks vajalike meetmete hindamist. Erihoolekandeteenustele suunamisel on Sotsiaalkindlustusametile aluseks samuti rehabilitatsioonimeeskonna soovitus.

Kohaliku omavalitsuste teenuste osutamise otsustab omavalitsus, rehabilitatsioonimeeskonna soovitus ei ole kohustuslikud. Tööturule sisenemise teenuste osutamise otsustab Eesti Töötukassa, rehabilitatsioonimeeskonna soovitus ei ole aluseks teenuste osutamisel.

Seega peab rehabilitatsioonimeeskond terviklikult hindama isiku taastumiseks ja tema kogukonda ning tööturule naasmiseks vajalikke teenuseid ning nende osutamise vajadust, kuid omavalitsused ja Eesti Töötukassa ei pea neid arvestama. See võib tingida olukorra, et paljud psüühilise erivajadusega isikud ei saa kõiki teenuseid, mis oleksid vajalikud nende iseseisvaks toimetulekuks kogukonnas ja/või tööturule sisenemiseks. Ka võib juhtuda, et toe ja teenuste osutamisel ei lähtuta ühtsetest (isiku toimetuleku või taastumise seisukohast vajalikest) põhimõtetest ning eesmärkidest. Näiteks rehabilitatsioonimeeskonna hinnangul võib olla isiku taastumise seisukohalt vaja keskenduda tervisliku stabiilsuse saavutamisele ning vähendada liigset koormust, kuid Töötukassa võib samal ajal aktiveerida klienti töökohta otsima või isiku jaoks liigse töökoormusega töökohta hoidma.

Psüühilise erivajadusega klientide liikumine teenuste vahel

Teine võimalus psüühilise erivajadusega suunatud teenuste korraldust vaadelda on analüüsida klientide liikumist teenuste ja teenusgruppide vahel ehk seda, kuidas toimub klientide liikumine erihoolekandeteenuste vahel ning millised on liikumised teenustele, mis toetavad kogukonnas elamist ja tööturule sisenemist ja/või naasmist. Teenuste vahel sujuv liikumine on üheks eelduseks, et psüühilise erivajadusega kliendid saavad vajalikke teenuseid õigel ajal, mis omakorda võimaldab isikute kiiremat naasmist kogukonda ja tööturule.

Erihoolekanne

Erihoolekande sh ööpäevaringset hooldamise teenust pakkuvate asutuste tegevust koordineerib riik teenuse osutamiseks vajalike tegevuslubade ja rahastamise kaudu.

Tabel 1 Erihoolekandeteenust osutavad asutused 2003-2014

		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Erihoolekande asutused	arv	71	80	86	87	90	91	95	94	100	106	104	119
ööpäevaringset hooldamisse teenust osutavad asutused	arv	24	25	27	27	27	28	33	33	34	38	39	41
	osakaal	33,8%	31,3%	31,4%	31,0%	30,0%	30,8%	34,7%	35,1%	34,0%	35,8%	37,5%	34,5%

Allikas: Sotsiaalministeerium H-veeb

Alates aastast 2003 on erihoolekandeteenuseid osutavate asutuste arv pidevalt kasvanud. Kui aastal 2003 oli Eestis 71 sellist asutust, siis aastaks 2014 oli nende arv tõusnud 119-ni. Samal ajavahemikul on pidevalt kasvanud ka ööpäevaringset hooldamise teenust osutavate asutuste arv. Kui aastal 2003 oli Eestis neid 24, siis aastaks 2014 oli arv kasvanud 41-ni. Samas on ööpäevaringset hooldamise teenust pakkuvate asutuste osakaal kõigist erihoolekandeteenuseid osutatavatest asutustest jäänud suhteliselt stabiilseks, olles sõltuvalt aastast keskmiselt 33-35%.

Sarnaselt erihoolekandeteenuseid osutavate asutuste arvuga on alates aastast 2003 kasvanud ka erihoolekandeteenuse osutamine. Vaid aastatel 2009 ja 2010 see eelneva aastaga võrreldes vähenes, 2007 ja 2011 aga kasvas minimaalselt, vastavalt 27 ja 16 isiku võrra. Kokkuvõtvalt on ajavahemikul 2003 kuni 2014 aasta jooksul erihoolekandeteenuste osutamise arv kasvanud 5047 isikult 7029 isikuni. Oluline on siinkohal märkida, et toetavate teenuste puhul on isikud ülekaetusega ehk üks isik võib saada kuni 3 toetavat teenust üheaegselt. Kokku oli aasta jooksul teenustel ühekordselt 6046 isikut.

Tabel 2 Aasta jooksul erihoolekandeteenuste osutamine ja selle muutus 2003-2014⁸⁵

		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Erihoolekandeteenuste osutamine	arv	5 047	5 253	5 297	5 698	5 725	6 469	6 255	6 027	6 043	6 214	6 788	7 029
	Muutus arv		206	44	401	27	744	-214	-228	16	171	574	241
	%		3,9%	0,8%	7,0%	0,5%	11,5%	-3,4%	-3,8%	0,3%	2,8%	8,5%	3,4%

Allikas: Sotsiaalministeerium, H-veeb

Ööpäevaringne hooldus

Ööpäevaringne erihooldusteenus on isiku ööpäevaringne hooldamine ja arendamine koos majutuse ja toitlustamisega eesmärgiga tagada teenusel viibiva isiku iseseisva toimetulekuvõime säilimine ja suurenemine ning isiku arendamine ja turvaline elukeskkond teenuse osutaja territooriumil.

Ööpäevaringset hooldust on neli alaliiki/taset ning vastavale teenusele suunamine sõltub eelkõige isiku tervislikust (sh vaimsest) seisundist ning hinnangust tema ohtlikkusele ühiskonnas. Ööpäevaringne hoolekande teenuse alaliigid/tasemed on:

- Ööpäevaringne erihooldusteenus
- Ööpäevaringne erihooldusteenus isikutele, kellel on ebastabiilse remissiooniga raske, sügav või püsiva kuluga psüühikahäire
- Ööpäevaringne erihooldusteenus isikutele, kellel on sügav liitpuue
- Ööpäevaringne erihooldusteenus kohtumäärusega teenusele paigutatud isikutele.

⁸⁵ Aasta jooksul erihoolekande teenuste osutamine ei ole võrdne teenusel viibinud isikute arvuga, sest isik võib saada mitut teenust samaaegselt ühes aastas

Kui kolmele esimesele teenusele suunamiseks on vaja vaid rehabilitatsioonimeeskonna otsust ja Sotsiaalkindlustusameti suunamist ning abivajaja otsus teenust kasutada (kui tema teovõime ei ole piiratud) on vaba, siis neljanda alaliigi puhul on suunamise aluseks kohtumäärus ning teenuse kasutamine on isikule kohustuslik.

Tabel 3 Kliendid ja nende liikumised ööpäevaringsel hooldamise teenusel 2006-2014

		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Erihoolekanne kokku	arv	4330	4398	4549	4655	4666	4659	4680	5036	5442
kliente ööpäevaringsel hooldusel	arv	2226	2234	2346	2457	2478	2463	2491	2643	2806
	%	51,4%	50,8%	51,6%	52,8%	53,1%	52,9%	53,2%	52,5%	51,6%
aasta jooksul saabunud	arv	200	190	850	393	303	304	696	917	481
aasta jooksul lahkunud	arv	194	194	667	282	282	319	668	745	332
muutus	arv	6	-4	183	111	21	-15	28	172	149
neist asunud iseseisvalt elama	arv	9	15	19	25	32	19	4	28	31
osakaal ööpäevaringselt teenuselt lahkunutest	%	4,6%	7,7%	2,8%	8,9%	11,3%	6,0%	0,6%	3,8%	9,3%
osakaal ööpäevaringsel teenusel olijatest	%	0,4%	0,7%	0,8%	1,0%	1,3%	0,8%	0,2%	1,1%	1,1%

Allikas: Sotsiaalministeerium, H-veeb

Erihoolekandeteenusel olevatest klientidest umbes pooled on ööpäevaringsel teenusel. Ajavahemikul 2006-2014 on oluliselt suurenenud erihoolekandeteenuseid kasutavate/saavate klientide arv. Ööpäevaringset erihoolekande teenust saavate klientide arv on kasvanud samas mahus ehk kui 2006. aastal sai 4330 erihoolekandeteenusel viibivast kliendist 2226 ehk 51,4% ööpäevaringset teenust, siis aastal 2014 oli neid 5442 kliendist 2806 ehk 51,6%.

Aasta siseselt toimub 200 kuni 900 liikumist (teenusele saabumine ja/või lahkumine) ning üldjuhul ületab teenusele saabujate arv lahkujate arvu. Teenusele saabujate ja lahkujate absoluutarvu mõjutab ka uute institutsioonide lisandumine, kus nad teenusel viibivad. Näiteks aastatel 2012 ja 2013 toimusid olulised klientide ümberpaigutused teenuse siseselt erinevate asutuste vahel. Samas neist iseseisvalt elama asub sõltuvalt aastast 4 kuni 32 klienti, mis moodustab 0,6% kuni 11,3%. Ööpäevaringse teenuse puhul on oluline iseseisvalt koju elama mineku kõrval vaadata ka ööpäevaingselt teenuselt kergemale teenusele liikumist, et kui paljud täna ööpäevaringsel teenusel olevatest isikutest oleksid valmis hakkama saama kergemal teenusel (eesmärk ei ole ju iseenesest koju saamine vaid see, et inimene saaks vajalikku tuge, et iseseisvalt hakkama saada). 2014. a seisuga on saabumisi institutsionaalselt teenuselt mitteinstitutsionaalsele teenusele ligi 130 (sh 1 inimene võis saada ka mitmele teenusele korraga), s.o. umbes 15% kõigist toetavatele teenustele saabumistest. Seda liikumist tuleb kindlasti teenustega toetada, sest kui inimene läheb kogukonda, kus tema vastu ei tunne enam keegi huvi, inimene toetavaid teenuseid ei saa ja tema tervis halveneb oluliselt ning toimetuleku oskused ununevad, tekivad võlad ja mingi aja pärast ja ta on tagasi ÖH teenusel.

Kogukonnapõhised erihoolekandeteenused

Erihoolekanne pakub riiklikult rahastatult ja koordineeritult nelja peamist teenust psüühilise erivajadustega isikutele:

- Toetatud elamise teenuse eesmärk on isiku sotsiaalse toimetuleku ja integratsiooni toetamine temale eluruumi kasutusse andmise võimaluse loomisega koos juhendamisega majapidamise ja igapäevase elu korraldamises, eesmärgiga tagada isiku võimalikult hea toimetulek iseseisval elamisel.
- Kogukonnas elamise teenuse sisuks on inimese põhivajaduste rahuldamiseks ja arenguks soodsa peresarnase elukorralduse loomine koos majutuse ja toitlustamisega, eesmärgiga suurendada isiku iseseisvat toimetulekuvõimet ja arendada oskusi igapäevase elu tegevuste korraldamises ühistes tegevustes osalemise kaudu.
- Igapäevaelu toetamise teenuse eesmärk on isiku parim võimalik iseseisev toimetulek ja areng läbi psühhosotsiaalse toimetuleku toetamise, igapäevaelu toimetulekuoskuste ja tööoskuste kujundamise ning isiku lähedaste ja isikuga koos elavate isikute nõustamise kaudu.
- Töötamise toetamise teenuse eesmärk on juhendada ja nõustada isikut tema iseseisva toimetuleku toetamiseks ja elukvaliteedi parandamiseks võimetele sobiva töö otsimise ning töötamise ajal.

Sealhulgas kahte esimest teenust (toetatud elamise ja kogukonnas elamise teenus) defineeritakse kui suurema toetusvajadusega mitteinstitutionaalset teenust.

Tabel 4 Kliendid ja nende liikumised toetatud elamise teenusel 2006-2014

		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Erihoolekanne kokku	arv	4330	4398	4549	4655	4666	4659	4680	5036	5442
kliente toetatud elamise teenusel	arv	589	604	616	585	557	518	520	573	646
	%	13,6%	13,7%	13,5%	12,6%	11,9%	11,1%	11,1%	11,4%	11,9%
aasta jooksul saabunud	arv	106	101	162	136	92	120	86	131	142
aasta jooksul lahkunud	arv	86	83	144	167	120	161	84	73	77
muutus	arv	20	18	18	-31	-28	-41	2	58	65
neist teisele institutsionaalsele teenusele	arv	43	47	110	114	81	91	49	39	21
	%	50,0%	56,6%	76,4%	68,3%	67,5%	56,5%	58,3%	53,4%	27,3%
neist asunud iseseisvalt elama	arv	23	21	24	35	22	30	17	24	20
	%	26,7%	25,3%	16,7%	21,0%	18,3%	18,6%	20,2%	32,9%	26,0%

Allikas: Sotsiaalministeerium, H-veeb

Toetatud elamise teenust osutatakse Eestis kahel erineval viisil: koos elamispinnaga (eluruumi andmisega isiku kasutusse) või tugiteenusena iseseisvalt või munitsipaalalupinnal elavale isikule. Elamispinnaga toetatud elamise teenus on paljude institutsioonides elavate klientide jaoks vaheetapp kogukonda elama suundumisel. Toetatud elamise teenusel on aastate jooksul olnud keskmiselt 500 kuni 600 klienti. Teenuse osatähtsus erihoolekande süsteemis on viimastel aastatel veidi vähenenud. Kui aastatel 2006 kuni 2008 oli toetatud elamise teenusel umbes 13,5% kõigist erihoolekandeteenustel olevatest isikutest, siis viimastel aastatel umbes 11%.

Kuigi toetatud elamist nähakse erihoolekande süsteemis kui vaheetappi institutsionaalse hoolduse ja kogukonnas (iseseisvalt) elamise vahel, liigub enamus toetatud elamise teenuselt lahkujaid siiski uuele institutsionaalsele teenusele. Aastas lahkub toetatud elamise teenuselt 73 kuni 167 klienti, mis moodustab sõltuvalt aastast 50-76,4% kõigist teenuselt lahkujatest. Vaid aastal 2014 oli teisele institutsionaalsele teenusele lahkujate osatähtsus madalam, 27,3%. Iseseisvalt elama asub toetatud elamiselt aastast 17 kuni 35 klienti, mis moodustab 16,7% kuni 32,9% kõigist lahkujatest ja oluline

siinkohal on see, et nad saaksid vajalikke toetavaid teenuseid ega langeks tagasi institutsionaalsetele teenustele.

Tabel 5 Kliendid ja nende liikumised kogukonnas elamise teenusel 2006-2014

		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Erihoolekanne kokku	arv	4330	4398	4549	4655	4666	4659	4680	5036	5442
kliente kogukonnas elamise teenusel	arv	44	42	47	50	65	106	117	137	147
	%	1,0%	1,0%	1,0%	1,1%	1,4%	2,3%	2,5%	2,7%	2,7%
aasta jooksul saabunud	arv	9	2	7	4	24	51	23	37	24
aasta jooksul lahkunud	arv	1	3	2	1	9	10	12	17	9
muutus	arv	8	-1	5	3	15	41	11	20	15
neist teisele institutsionaalsele teenusele	arv	0	1	1	0	8	7	7	17	6
neist asunud iseseisvalt elama	arv	1	2	1	0	1	3	4	0	1

Allikas: Sotsiaalministeerium, H-veeb

Kogukonnas elamise teenus on erihoolekandeteenustest kõige väiksema mahuga. Teenus on ka väga piiratud kohtade arvuga ning selle saabujate arvu muutus on seotud uute asutuste lisandumisega ja/või seni teenust pakkunud institutsioonide laienemisega. Teenuse kättesaadavus on aastate jooksul paranenud. Kui 2006. aastal oli seda võimalik saada vaid 44 isikul, siis aastaks 2014 oli klientide arv kasvanud 147-ni. Tabelist 5 on näha, et teenuselt lahkumine toimub peamiselt teisele institutsionaalsele teenusele või leiab aset asutuse vahetus ehk klient lahkub ühest kogukonnas elamise teenust pakkuvast institutsioonist teise. Samas on iseseisvasse ellu on aastatel 2006-2014 lahkunud kokku vaid 13 isikut. Muudel põhjustel on teenuselt lahkunud vaid üksikud kliendid.

Tabel 6 Kliendid ja nende liikumised töötamise toetatud teenusel 2006-2014

		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Erihoolekanne kokku	arv	4330	4398	4549	4655	4666	4659	4680	5036	5442
kliente töötamise toetatud teenusel	arv	409	437	435	405	370	370	373	461	517
	%	9,4%	9,9%	9,6%	8,7%	7,9%	7,9%	8,0%	9,2%	9,5%
aasta jooksul saabunud	arv	100	113	129	100	84	75	58	142	152
aasta jooksul lahkunud	arv	172	73	103	180	119	75	55	51	96
muutus	arv	-72	40	26	-80	-35	0	3	91	56
neist teisele institutsionaalsele teenusele	arv	136	35	54	89	67	36	22	27	12
	%	79,1%	47,9%	52,4%	49,4%	56,3%	48,0%	40,0%	52,9%	12,5%
neist asunud iseseisvalt elama	arv	23	29	31	35	16	8	16	12	39
	%	13%	40%	30%	19%	13%	11%	29%	24%	41%

Allikas: Sotsiaalministeerium, H-veeb

Töötamise toetamise teenusel on aastas 370 kuni 461 klienti, vaid aastal 2014 oli teenusel 517 klienti. Samas töötamise toetamise teenuse roll erihoolekandeteenuste seas on olnud stabiilne ja suhteliselt muutumatu ehk erihoolekande klientidest keskmiselt on töötamise toetamisel 8-9%. Aastas lahkub töötamise toetamise teenuselt 51 kuni 180 klienti. Kuid enamus kliente ei naase kogukonda ja/või ei sisene tööturule, vaid suundub teisele institutsionaalsele teenusele, sõltuvalt aastast 40-80%. Ainsaks erandiks oli aasta 2014, kui töötamise toetamise teenuselt suundus institutsionaalsele vaid 12,5%.

Iseseisvalt elama suundub alla kolmandiku töötamise toetamise teenuse klientidest, aastal 2011 oli see 8 isikut. Aastal 2014 oli iseseisvalt elama suundunud kliente üle 40% ehk 39 teenuselt lahkujat 96-st.

Töötamise toetamise teenuse üks peamisi eesmärke on klientide suundumine tööturule, kuid puudub statistika (üldine kokkuvõtlik informatsioon) kui palju on suundunud avatud tööturule, kas siis realselt tööle või on hakanud kasutama Töötukassa pakutavaid teenuseid.

Tabel 7 Kliendid ja liikumised igapäeva toetamise teenusel 2006-2014

		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Erihoolekanne kokku	arv	4330	4398	4549	4655	4666	4659	4680	5036	5442
kliente igapäevaealu toetamise teenusel	arv	1517	1644	1700	1750	1738	1711	1684	1864	2137
	%	35,0%	37,4%	37,4%	37,6%	37,2%	36,7%	36,0%	37,0%	39,3%
aasta jooksul saabunud	arv	594	522	500	423	277	279	181	407	542
aasta jooksul lahkunud	arv	504	411	409	378	289	310	210	224	262
muutus	arv	90	111	91	45	-12	-31	-29	183	280
neist teisele institutsionaalsele teenusele	arv	186	127	172	120	104	101	46	63	58
	%	36,9%	30,9%	42,1%	31,7%	36,0%	32,6%	21,9%	28,1%	22,1%
neist asunud iseseisvalt elama	arv	223	198	184	148	122	120	99	93	116
	%	44,2%	48,2%	45,0%	39,2%	42,2%	38,7%	47,1%	41,5%	44,3%

Allikas: Sotsiaalministeerium, H-veeb

Igapäevaelu toetamise teenuse üks peamisi eesmärke on toetada isikut, et tal oleks võimalik kas naasta kogukonda ja iseseisvasse ellu või saada paremini hakkama iseseisvalt elamisega. Seega võrreldes teiste erihoolekandeteenustega on sellelt teenuselt iseseisvasse ellu suundujate osakaal märgatavalt suurem, jäädes vahemikku 39%-47%. Arvuliselt on suundunud iseseisvalt elama 93 kuni 223 klienti. Samas suundub institutsionaalsele teenusele peale igapäevaelu toetamise teenuselt lahkumist üle 20%.

Erihoolekandeteenuste klientide liikumine teenuste vahel on jälgitav erinevate teenuste vahel. Samas ajalisel perspektiivis on jäänud erinevate teenuste osatähtsus erihoolekandesüsteemis samaks, teenuste siseselt ei ole proportsioonid alates 2006. aastast märkimisväärt muutunud.

Kohaliku omavalitsuse osutatavatel teenustel on täiendava toena oluline koht psüühilise erivajadusega isikutele, kes saavad kogukonnapõhiseid erihoolekandeteenuseid (igapäevaelu elutoetamine, töötamise toetamine ja toetatud elamine). Samuti võib eeldada, et riiklikelt erihoolekandeteenustelt iseseisvasse ellu lahkunud kliendid vajavad jätkuvalt täiendavat tuge igapäevaeluga toimetulekul. Seda võimaldaksid kohaliku omavalitsuse osutatavad teenused.

Tabel 8 Erihoolekandeteenuselt iseseisvasse ellu lahkumine

		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Riiklikul erihoolekandel olevate klientide arv aasta lõpu seisuga	arv	4472	4558	4698	4330	4398	4549	4655	4666	4659	4680	5036	5442
aasta jooksul iseseisvasse ellu lahkunud kliendid	arv	209	244	204	279	265	259	243	193	180	140	157	207
	%	4,7%	5,4%	4,3%	6,4%	6,0%	5,7%	5,2%	4,1%	3,9%	3,0%	3,1%	3,8%

Allikas: Sotsiaalministeerium

Aastatel 2003 kuni 2014 on erihoolekandeteenuselt iseseisvasse ellu lahkunud 140 kuni 279 klienti aastas, see moodustab 3% kuni 6,4% kõigist vastava aasta lõpus erihoolekandeteenusel olnud

klientidest. Kusjuures viimastel aastatel on iseseisvasse ellu lahkuvate klientide arv 3% piires kõigist aasta lõpus teenusel olnud klientidest.

Kohaliku omavalitsuse pakutavad täiendavad teenused

Kohaliku omavalitsuse pakutavateks täiendavaks teenusteks (lähtudes Sotsiaalministeeriumi sotsiaalteenuste soovituslikest juhistest ja sotsiaalhoolekande seadusest), mis võimaldaksid psüühilise erivajadusega isikutel paremini toime tulla kogukonnapõhisel erihoolekandeteenusel olles või iseseisvasse ellu lahkumise järel on:

- Sotsiaalnõustamine
- Eluasemeteenused
- Tugiisiku teenus
- Päevakeskuse teenused
- Sotsiaaltransport
- Muud teenused vastavalt kliendi vajadustele.

Andmeid, kuidas toimub liikumine kohaliku omavalitsuste teenustele ja teenuste vahel, on minimaalselt. Enamuse puhul puudub ülevaade teenuse kasutamisest sihtgruppide lõikes ning täiendavast vajadustest, mis aitaks tulevikus neid paremini planeerida.

Sotsiaalnõustamise teenus on isikule vajaliku teabe andmine sotsiaalsetest õigustest ja seaduslike huvide kaitsmise võimalustest ning abistamine konkreetsete sotsiaalsete probleemide lahendamisel edaspidise toimetuleku soodustamiseks. Statistika sotsiaalnõustamise teenuse ja selle kättesaadavuse kohta kohalikes omavalitsustes on puudulik. Sotsiaalnõustamise kohta kogutakse vaid infot Eestis tegutsevates päevakeskustes, kust koondatakse informatsioon teenuse osutamise kohta lähtudes klientide arvust aastas kolme peamise vanusgrupi lõikes (lapsed, tööealised ja eakad). Samas sotsiaalnõustamise teenust osutavad lisaks päevakeskustele ka teised sotsiaalvaldkonnas tegutsevad institutsioonid ja organisatsioonid, sh kohalikud omavalitsused.

Eluasemeteenus on eluaseme võimaldamine isikule või perekonnale, kellel ei ole võimalik iseseisvalt endale või oma perekonnale eluruumi kasutamise võimalust tagada.

Oma või üüritud eluruumi olemasolu on üks esmaseid ning peamisi kriteeriume isiku elama suundumisel institutsioonist kogukonda.

Tabel 9 Erihoolekandeesutusest eluasemeteenusele saabunud isikud 2007-2014

		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Eluasemeteenusele saabunud isikud kokku	arv	1399	1339	1917	1322	1646	1282	1062	1123
Erihoolekande teenuselt lahkunud isikud	arv	265	259	243	193	180	140	157	207
Erihoolekandeesutusest teenusele saabunud isikud	arv	9	18	5	7	12	8	3	6
	%	0,6%	1,3%	0,3%	0,5%	0,7%	0,6%	0,3%	0,5%
Eluasemeteenusele erihoolekandest saabunud isikute osakaal kõigist erihoolekande teenuselt lahkunud isikutest	%	3,4%	6,9%	2,1%	3,6%	6,7%	5,7%	1,9%	2,9%
Leibkondade arv, kes vajavad eluaemeteenust	arv	2933	2312	2065	2019	1868	2951	2183	2248

Allikas: Sotsiaalministeerium, S-veeb ja H-veeb

Eluasemeteenuse osutamise raames on võimalik eraldi välja tuua isikute saabumine teenusele erihoolekandeesutusest. Nende arv on jäänud vahemikku 3 kuni 18 isikut aastas, kuid üldjuhul on see alla 10, mis moodustab alla ühe protsendi nii kõigist eluasemeteenusele saabujatest kui ka erihoolekandeteenusel olevatest isikutest. Samas on märgatav, et viimastel aastatel on vähenenud nii erihoolekandeesutusest teenusele saabujate arv kui ka nende osatähtsus eelkõige erihoolekandeteenusel olevatest isikutest.

Eluasemeteenuselt lahkujate kohta kogutava info hulgas on ka lahkujate arv ööpäevaringsele hoolekandeteenusele, kuid ei ole võimalik eraldada erihoolekande asutusi ja üldhoolekodusid. Samal ajal on igal aastal üle 2000 leibkonna ootamas sotsiaal- ja/või munitsipaalalupinda. Selline pidev järjekord raskendab oluliselt ka deinstitutionaliseerimise protsessi ning omavalitsused ei ole võimelised pakkuma eluasemeteenust piisavas mahus, sh psüühilise erivajadusega isikutele.

Päevakeskuste teenused (puuetega inimestele). Päevakeskuse eesmärk on pakkuda sotsiaalteenuseid, huvitegevust ja päevast hooldamist lastele, puuetega inimestele ja peredele ning aktiivsest elust kõrvale jäänud inimestele. Päevakeskustes osutavad teenused ja sihtgrupi määrab keskuse omanik, rahastaja. Üsna suur hulk päevakeskustes käijatest saab seal riiklikku erihoolekandeteenust - igapäevelu toetamise teenust.

Eestis oli aastal 2014 kokku 99 päevakeskust, seda Sotsiaalministeeriumi andmetel. Ametlikku statistikat päevakeskuste kohta haldab SKA. Päevakeskustes käivad sageli koos erinevad teenuse saajad, sh nii SKA suunamisega kui ilma selleta.

Tugiisikuteenus täiskasvanutele, sh puuetega inimestele, on teenus, mis pakub jõustamist ja juhendamist igapäevase toimetuleku tagamiseks. Sotsiaalministeerium on kogunud eraldi andmeid tugiisikute kohta vaimupuude ja psüühilise erivajadusega isikutele. Aastast 2009 on olemas info vaimupuudega ja psüühilise erivajadusega isikute kohta, kes kasutavad tugiisikuteenust: isikute arv, vanuseline jaotus ja kasutatud teenuse maht tundides.

Tabel 10 Tugiisikud ja tugiisiku teenust saanud vaimupuudega ja psüühilise erivajadusega isikud 2009-2014

		2009	2010	2011	2012	2013	2014
Teenust osutavad KOVID	arv	62	71	78	88	93	94
Tugiisikuteenust saavad isikud	arv	916	798	831	1 296	1 273	1 263
neist vaimupuudega või psüühikahäirega isik	arv	111	118	96	107	160	272
	%	12,1%	14,8%	11,6%	8,3%	12,6%	21,5%
Tugiisikute arv, kes osutavad teenust vaimupuudega või psüühilise erivajadusega isikutele	arv	57	62	74	75	98	229

Allikas: Sotsiaalministeerium, S-veeb

Tugiisiku teenus on oma olemuselt üks olulisemaid teenuseid psüühilise erivajadusega isikule, et kogukonnas väljaspool institutsiooni elamisega toime tulla, kui on lahendatud elukoha küsimus. Selle kättesaadavus on psüühilise erivajadusega isikule olulise tähtsusega. Sisuliselt osutavad tugiisikud sama teenust, mida osutavad erihoolekandes igapäevaelu toetamise ja toetatud elamise teenusel tegevusjuhendajad. Kui inimene väljub institutsioonist ja läheb toetavale teenusele igapäevaelu toetamine ja toetatud elamine, siis ta ei vaja enam tugiisiku teenust. Kui inimene mingil põhjusel neid teenuseid ei saa või ei ole nõus kasutama, siis jääb talle veel tugiisiku teenuse kasutamise võimalus. Mitmed KOV-id ei näegi seetõttu selle teenuse osutamise vajadust, kuna nende inimesed on kogukonnas kaetud kolme riikliku teenusega, IE, TE ja TT. Aastal 2014 osutas teenust 94 kohalikku

omavalitsust 213-st ehk enam kui pooled seda ei osuta, kuigi viimastel aastatel on teenust osutavate KOVide arv stabiilselt kasvanud. Tugiisikute arv, kes osutavad teenust vaimupuudega ja psüühilise erivajadusega isikutele, on kasvanud 57-lt 229-le. Samuti on viimastel aastatel kasvanud tugiisiku teenust kasutanud vaimupuudega ja psüühikahäirega klientide arv 111-lt (2006) 272-le. Seega on olemas teatud info tugiisikute ja tugiisiku teenust saavate isikute kohta, kuid puudub ülevaade, kuidas on vajadus tugiisikuteenuse järele Eesti omavalitsustes kaetud.

Sotsiaaltranspordi teenus tagab isikutele, kelle tervislik olukord ei võimalda kasutada ühistransporti või isiklikku sõiduautot, transpordi tööl ja koolis käimiseks ning avalike teenuste kasutamiseks. Sotsiaaltranspordi teenuse osutamise kohta Eesti omavalitsustes riiklikku statistikat ei koguta, kuid kõik KOV-id, kes seda teenust osutavad (paljud ostavad hankega või osutavad allasutuste kaudu) peavad selle kohta arvestust ja see info on olemas KOV-ides.

Muud kohaliku omavalitsuse teenused. Neid osutatakse ka psüühilise erivajadusega isikutele vastava vajaduse tekkimisel. Nende hulgas on isikliku abistaja teenus, kui psüühilise erivajadusega isik on liitpuudega ning füüsilise puude tõttu vajab täiendavat abi jne.

Kogukonda iseseisvalt elama asumisel on oluline kogukonna toel ehk omavalitsuse osutatavatel toetavatel teenustel. Esmane vajadus on eluasemeteenuse järele, kuid munitsipaalalupindade puuduse ja puuduliku eluasemepoliitika tõttu on igal aastal eluaseme järjekorras üle 2000 isiku. Erihoolekandeteenusest lahkujate võimalused saada eluase on piiratud. Ka teise peamise omavalitsuse osutatava teenuse, tugiisiku teenuse, kättesaadavus on piiratud. Seda osutab vaid 94 omavalitsust (aastal 2014).

Erihoolekande süsteemi ja omavalitsuste osutatavate teenuste vaheline seos on nõrk. Puudulik on ülevaade psüühilise erivajadusega klientide liikumistest teenuste vahel, eriti peale erihoolekandeteenusest lahkumist, mis teeb keeruliseks teenuse vajaduste planeerimise ja kättesaadavuse hindamise. Kuna paljude omavalitsuste osutatavate teenuste kohta on info puudulik, siis ei ole võimalik hinnata süsteemselt, kas erihoolekandeteenusest lahkunud isiku jaoks on omavalitsuse pakutav tugi piisav. KOV toe hindamine pole alati kerge ka seetõttu, et ametlik teenuse vorm pole selge, nt kogukonnas elamiseks ei pea inimene lahkuma erihoolekandeteenusest. Kogukonnas saadakse väga sageli kolme teenust IE, TE, TT.

Võib vaid väita, et tugiisiku teenust pakub vaid alla poolte Eesti omavalitsustest ning eluasemeteenuse kättesaadavus on piiratud, mis piirab ka võimalusi isikute lahkumiseks erihoolekande süsteemist.

Tööturule sisenemist toetavad teenused

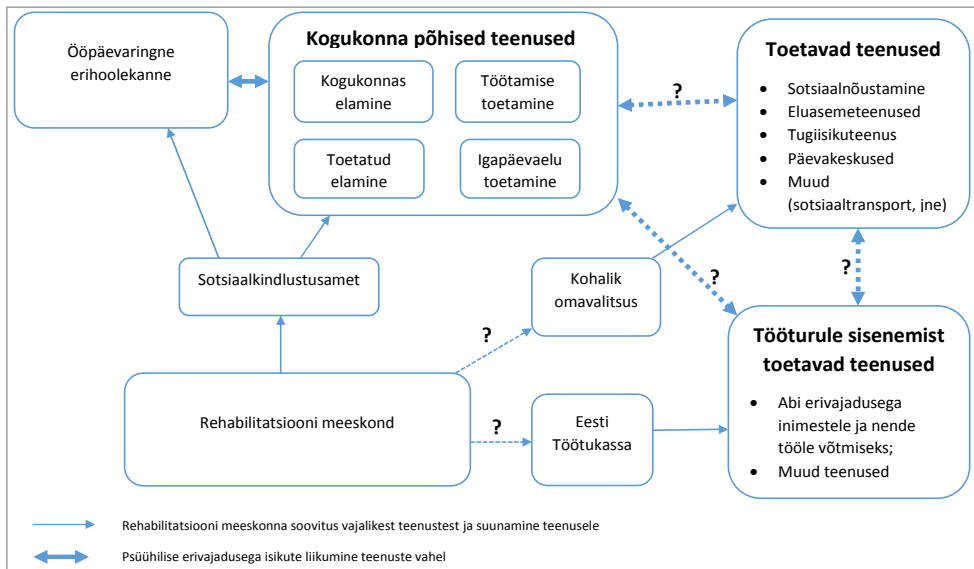
Erihoolekandeteenuste süsteemis toetab isiku tööturule sisenemist töötamise toetamise teenus. Samas, kui isik on lahkunud institutsionaalselt erihoolekandeteenusest ja asunud elama kogukonda, on lisaks kogukonnas toimetulemisele eesmärk toetada isiku sisenemist avatud tööturule. Tööturule sisenemist toetavad eelkõige Töötukassa pakutavad teenused ja/või toetused.

Psüühilise erivajadusega isikul on õigus saada kõiki Töötukassa teenuseid, kui ta täidab muud teenusele saamise kriteeriume ja on avaldanud soovi teenust saada. Konkreetselt psüühilise erivajadusega isikutele suunatud teenuseid ei ole. Samuti ei ole psüühilise erivajadusega isikud eraldi riskirühm Tööturuteenuste ja –toetuste seaduse mõttes. Seega puudub üldine ja süsteemne informatsioon, kuidas psüühilise erivajadusega isikud liiguvad tööturule peale erihoolekandeteenusest lahkumist ehk milliseid teenuseid ja kui palju nad vajavad edukaks tööturule sisenemiseks. Olemasoleva informatsiooni põhjal ei ole võimalik hinnata, kas psüühilise erivajadusega isikute liikumiseks tööturule on Töötukassa loonud piisavad võimalused ja kui sujuv on psüühilise erivajadusega isikute liikumine erihoolekandeteenusest tööturuteenustele ning edasi tööturule.

Kokkuvõte

Kokkuvõtteks, kuigi psüühilisele erivajadusega klientidele osutatavaid sotsiaalteenuseid ja tööturuteenuseid reguleerivad peamiselt kaks õigusakti, pole terviklikku süsteemi, mis toetaks sujuvalt ning järjepidevalt psüühilise erivajadusega klienti kogu taastumise, kogukonda ja tööturule naasmise

protsessis. Samuti puudub süsteemne ülevaade muust, kuidas toimub psüühilise erivajadusega isikute liikumine teenuste vahel. Eesti psüühilise erivajadusega klientidele suunatud teenuste korraldust ja klientide üldist liikumist teenuste vahel illustreerib joonis 1.



Joonis 1 Psüühilise erivajadusega klienti toetavate teenuste süsteem ja klientide liikumine teenuste vahel

Rehabilitatsioonimeeskonna eesmärk on hinnata klienti ja teenuste vajadust terviklikult ning koostada (soovituslik) terviklik teenuste ja toe plaan, mis võimaldaks kliendile maksimaalse taastumise. Samas üldjuhul on see plaan aluseks vaid Sotsiaalkindlustusametile erihoolekandeteenustele suunamisel, kuid omavalitsus ja Töötukassa ei lähtu tihti teenuste osutamisel rehabilitatsiooniplaanist. Ka psüühilise erivajadusega klientide liikumine teenuste vahel on vaid erihoolekande süsteemi sisesealt kaardistatav, kuid kui klient vajab ja kasutab omavalitsuste ja/või Töötukassa teenuseid, siis enam põhjalikku ülevaadet klientide liikumisest ei ole. Ainus teenus, mille puhul väljaspool erihoolekandesüsteemi eksisteerib ülevaade psüühilise erivajadusega klientide liikumisest, on eluasemetenus, mille analüüs viitab, et teenuse pakkumise võimalused erihoolekandeteenustelt lahkujatele on marginaalsed. Marginaalsuse üks peamisi põhjusi võib-olla munitsipaalelupindade (sotsiaalkorterite) puudus. Eluasemetenus on ainus, mille puhul regulaarselt hinnatakse vajadust. Teisalt on eluaseme olemasolu sh eluasemetenus, oluline eeltingimus isiku naasmisel kogukonda ja tööturule.

Lisa 2. Kohalike omavalitsuste ja Töötukassa spetsialistide ning teenusekasutajate ja -osutajate arvamused DI protsessi kohta Eestis - Intervjuude kokkuvõtted

Vastused uurimisküsimustele on esitatud uurimisküsimuste lõikes. Intervjuudest pärit tsitaadid on esitatud kursiivkirjas ja märgistatud järgmiste koodidega:

1. Intervjuu Tallinna linna ja Harjumaa teenusekasutajatega, -arendajatega-, osutajatega ja KOV sotsiaaltöötajatega - TLHA I
2. Intervjuu Tallinna linna ja Harjumaa tööandjatega ja Eesti Töötukassa juhtumikorraldajaga - TLHA II
3. Intervjuu Töötukassa Jõhvi kontori spetsialistidega - JTK
4. Intervjuu Ida-Virumaa Puuetega Inimeste Kojas - JPIK
5. Fookusgrupi intervjuu klientidega ja teenuseosutajatega Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskuses - TVTHK
6. Intervjuu Pärnu Haigla Psühhiaatrikliiniku Päevakeskuses - PHPP
7. Intervjuu Pärnu Töötukassa spetsialistidega - PTK
8. Individuaalintervjuu valdkonna eksperdiga - KK
9. Individuaalintervjuu valdkonna eksperdiga - KM
10. Individuaalintervjuu tööandjaga Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskuses - TVTHK
11. Individuaalintervjuu teenuseosutaja AS Lõuna-Eesti Hooldekeskuse juhatajaga (LEHK)
12. Individuaalintervjuu teenuseosutaja AS Hoolekandeteenused juhi ja spetsialistidega - AS Hoolekandeteenused

1. Erihoolekandeteenuste süsteem ja sellega seotud teenuste korraldus, rahastamine ja koostöö kohaliku omavalitsuse tasandite vahel psüühilise erivajadusega inimeste kogukonnapõhisele hooldusele üleminekul

Eesti on ehitanud üles suhteliselt hea, teenustekeskse erihoolekande süsteemi. See hoiab alal institutsioonikeskset lähenemist (nt AS Hoolekandeteenused). Erihoolekande külad on vaid tinglik nimetus, tegelikkuses on need ikka suhteliselt kinnised institutsioonid. Samas on paljud kliendid olukorraga rahul ega soovi asutustest lahkuda, kuna varem neil praegusega võrreldavaid elamistingimusi olnud. Üks lahendus võiks olla anda erihoolekande vahendid KOV-dele elamispiindade ehitamiseks ja/või kohandamiseks. (KM)

Mitmetes linnades ja maakonnakeskustes on psüühilise erivajadusega klientide elutegevuse toetamiseks loodud päevakeskused. Päevakeskustes osutatakse mitmeid toetavaid, sh igapäevaeltu toetamise ja töötamise toetamise teenuseid, tugiisiku teenuseid ja ka haigekassa finantseeritavat päevastatsionaari teenust. Päevakeskuse teenustel on tavaliselt mitmeid rahastajaid, sh haigekassa, KOV-d, SKA, ja need on teenuse kasutajale tasuta. Ürituste kulud ja väljasõidud on kliendi enda finantseerida. Teenuste osutamisel on eelistatud kogukonna- ja regioonikesksus.

Päevakeskuses osutatakse hetkel SKA (Sotsiaalkindlustusamet) rahastusega igapäevaeltu toetamise ja töötamise toetamise teenuseid (50 kohta), tugiisikuteenust, mida finantseerib Pärnu linn ja haigekassa finantseeritavat päevastatsionaari teenust. Klient ise ei pea maksma. Visiiditasu on 5 eurot ja seda peavad maksma need, kes pole siia otseselt suunatud, kuid tahavad käia. Eesmärgiks on, et klient võtaks suunamise, siis on teenus tasuta. Ürituste kulud ja väljasõidud on osalt kliendi enda finantseerida, suurem osa kaetakse asutuse eelarvest. KOV (Pärnu linn) ostab päevakeskusest tugiisikuteenust (20 kohta). Kliendid on enamuses Pärnu linna kodanikud. Keskuses toimib koostöö spetsialistide ja klientide vahel.

Keskust rahastatakse Pärnu linna ning SKA ja haigekassa lepingute kaudu, sponsoreid ei ole, vahel tuuakse riideid. Haigla poolt saadava abi võimalused on väga head, asutakse ühel territooriumil,

samuti on Pärnu linna võimalused head. Keskus osaleb EQUASS kvaliteedisüsteemis ja taotleb kvaliteedimärki. Kasu on andnud kvaliteedimärgi taotlemine kui selline – tänu sellele on majas mitmed protsessid regulaarselt käima läinud. (PHPP)

Regiooni võimalustest lähtudes on kohati loodud eraldi päevakeskused ka vaimupuudega klientide toimetuleku toetamiseks. Samas selget piiri klientide erivajadustest lähtumisel seatud ei ole, vajadusel suunatakse või satuvad ka vaimupuudega kliendid psüühilise erivajadusega klientide toetamiseks mõeldud päevakeskustesse. *Pärnus on lisaks Pärnu Haigla Psühhiaatrikliiniku Päevakeskusele ka Erivajadustega inimeste keskus, mis asub Riia mnt. Väga palju kokkupuudet päevakeskustel sellega pole. Seal käivad vaimupuudega kliendid, Pärnu Haigla Psühhiaatrikliiniku Päevakeskuses psüühikahäirega kliendid. Kuna Riia mnt keskus on järjekord, satuvad vaimupuudega kliendid ka Pärnu Haigla Psühhiaatrikliiniku Päevakeskusesse. Kliente suunatakse keskusesse ka maakonnast nt Sindist, Torist. (PHPP)*

Psüühilise erivajadusega klientidele osutatakse ka eluasemeteenuseid, sh toetatud elamise teenust, ööpäevaringset hooldusteenust ja kogukonnas elamise teenust lapseeast väljakasvanud klientidele. Samas pole teenuste võrk üle Eesti ühtlaselt välja arendatud. Vahel tehakse omavahel teenuste osutamisel koostööd. *Pärnus on ka Maarjakodu, kus osutatakse igapäeva elu toetamise teenust, ööpäevaringset erihooldusteenust ja kogukonnas elamise teenust lapseeast väljakasvanud klientidele. Lisaks on Pärnumaal ka Vändra päevakeskus, Vihtra päevakeskus, Tori Sotsiaalmaja ja Viira kodu, kus osutatakse kogukonnas elamise teenust, lisaks ööpäevaringset erihooldust, toetatud töötamise teenust, igapäeva elu toetamist ja toetatud elamise teenust. Vajalik on arendada välja teenuste võrk ka Are, Pärnu-Jaagupi ja Kilingi-Nõmme piirkondade klientidele. Praegu käivad nad Pärnu keskusel paar korda kuus. Neid pole palju, 3-5 inimest. (PHPP)*

Teenustel olemist toetavad keskusel mitmed spetsialistid, sh tegevusjuhendaja ja vähestes (enamasti suuremates) omavalitsustes ka tugisik, kes on üldjuhul motiveeritud ja pädev. Tegevusjuhendaja ülesanne on organiseerida klientidele tegevusi päeva jooksul, ööpäevaringsete teenuste keskmel on peamiselt kliendi toimetulekuoskuste säilitamine. Tugisikud toetavad protsessi, tehes klientidega individuaaltööd, seda nii eluasemega seotud tegevustes kui ka töö saamisel ja tervisliku seisundi hoidmisel. *Tegevusjuhendaja leiab klientidele tegevusi päeva jooksul. On grupitööd, millest võetakse osa. Käsitöö, kokandus ja võimlemine, vestlusringid, muusikateraapia, jooga, mänguteraapia, kogemusnõustamine, toimetulekuõpe, ühised üritused, terviseloengud, spordisaalis käimine ja reisimine (Rootsi, Austria, Ungari, Itaalia, Prantsusmaa, Horvaatia). Koos organiseeritakse üritusi ja kliendid mingil määral ise finantseerivad osalust. Ööpäevaringsetel teenustel on tavaline pigem oskuste hoidmine, uusi oskusi ei ole aega omandada.*

Tugisikud toetavad protsessi. Nad soovivad kliendile, mida teha, nt tuulutada korterit. Tugisik teeb koostööd pere ja kliendiga. Klient ise otsustab tugisiku vajaduse üle. Eraldi on tugisikud päevakeskuse kaudu ja tööl käimiseks. (PHPP)

Kliendid käivad päevakeskuse kõrvalt tööl ja see on suunatud jätkusuutlikkusele. Puudu on toetatud elamise teenuse erinevatest võimalustest. *Hetkel elavad mitmed kliendid ühiselamu tüüpi eluasemetes. Eluasemete tasemed on väga erinevad. Keskus toetab eluaseme leidmisel ja probleemide korral. (PHPP)*

Tööl käies ja oma eluaset soetades on keskuste kliendid iseseisvad. Päevakeskus saab osutada tuge töö ja elukoha leidmisel, siis on keskus ise ka vahendaja ja tugisik. Töötukassasse ja eluaseme omaniku juurde minnakse siis koos tugisikuga, sellistel juhtudel on vastutus suur just päevakeskusel, sest siis tahab omanik suhelda pigem tugisiku kui kliendiga. *Samas inimene vahel kardab, et tema häire tuleb välja ja siis ta loobub tugisiku toest ja püüab tööandjaga suhtlemisel üksi hakkama saada. Tulemus*

võib olla positiivne ja inimene saab töö, kuid vahel on see ka negatiivne ja teisel katsel kutsutakse appi tugiisik. Samad tendentsid ja probleemid kehtivad ka üürikorterite leidmisel.

Tavapärase on, et ametnik eelistab pigem suhelda ametniku, mitte kliendiga. See ei ole hea praktika, kuna klient tajub end kõrvalejätuna, vastutus hajub ning võib liikuda tugiisiku kätte. Samas kliendid ise kardavad halba suhtumist ja on asjade sellise käiguga sageli nõus. *On erinevaid kogemusi. Mõnikord on õige minna üksi ja mõnikord kahekesi. On ka ebaedu kogemusi üksi käimisest ja siis minnakse järgmine kord kahekesi.* (PHPP)

Päevakeskuse kliendid saavad mitmeid KOV osutatud teenuseid, kui nad seda vajavad, nt sotsiaalse nõustamise teenust ja ka teisi piirkonnas osutatavaid teenuseid, mida klientidele pakutakse, sh õigusabi, kogemusnõustamist, koolitusi jmt. *Kliendid saavad Pärnu linnavalitsuse sotsiaalosalakonna poolt sotsiaalnõustamist ja õigusabi Puuetega Inimeste Koja kaudu paar korda kuus. Päevakeskus annab klientidele vajadusel ka nõu. Kliendid kasutavad keskkuses kogemusnõustaja teenuseid, seda eelkõige ravimikasutuse tagamiseks ja oma probleemidega toime tulemiseks. Klientidele viiakse keskkuses läbi terviseleenguid, mille ülesanne on toetada klientide tervisekäitumist ja ravimikasutust.* (PHPP) (JPIK)

Erihoolekandeteenuseid osutatakse regioonides ka MTÜde kaudu. MTÜ kaudu teenuste osutamisel on mitmeid eeliseid, nt see, et paindlikult saab arvestada iga kliendi vajadustega ja rahastamisel kasutada erinevaid finantsressursse, sh riiklik finantseerimine, KOV poolne finantseerimine, sihtfinantseerimised erinevatest fondidest (TÜ Kliinikuni Lastefond jt), välisabi kiriku kaudu, pere omafinantseerimine teenuse ostu kaudu, eraannetused rahalise abina ja/või vabatahtliku töö tundidena ja projektitöö koostöös parteritega regioonist. *Nt MTÜ Puuetega Laste Tugikodu Päikesekiir osutab riigi finantseerimisel lastehoiu teenust raske ja sügava puudega lastele. Keskmise puudega laste teenuste puhul on finantseerimine KOV-de rahakotist + lastevanemate osalus. Aastas riiklik toetus ühele lapsele on 402 eurot ja seetõttu saab teenust limiteeritult. Ühe tunni hind on 5 eurot ja teenust saab nii kaua, kui raha jätkub. KOV võib osta tunde juurde, kui selleks on vajadus ja vastavad kokkulepped. Lisaks saab MTÜ toetust mujalt, nt TÜ Kliinikuni Lastefond on andnud 1500eur lapse kohta aastas.*

Kokku on MTÜ-s teenusel 14 last, korraga on kohal umbes 5 last päevas (sõltub lapse tervislikust seisundist ja vanemate võimalustest ise hooldada ja/või last lastehoidu tuua). Kiriku väliskogudused (rahvusvaheline kirikuga seotud organisatsioon USA-st) on samuti partnerid, sealt on tulnud annetusi. Mitmete tegevuste läbiviimisel töötab KOV koostöös kirikuga (Eesti Metodisti Kiriku Jõhvi kogudus), nt laste ürituste korraldamine, toiduabi jmt. On olnud ka eraisikute annetusi MTÜ-le, seda nii rahalise abina kui vabatahtliku töö tundidena. (JPIK)

Teenuste korraldamisel ja rahastamisel psüühilise erivajadusega inimestele tehakse koostööd kohaliku omavalitsuse ja regiooni tasandil. *Nt toimib teenuseid osutaval MTÜ-l projektitöö regionaalsete partneritega Ida-Viru maakonnast. Ette on valmistatud projekt kestusega kuni 2017. aasta lõpuni, et tagada lastele ja peredele toetavate teenuste kättesaadavus (tugiisiku teenus, lapsehoiuteenus ja transport) regioonis. MTÜ-d saavad kohtadel teha teenuste osutamisel koostööd rehabilitatsioonimeeskondadega, kuid see vajab eraldi tähelepanu ja arendamist.* (JPIK)

Teenuste osutamiseks osaletakse hangetes, kuid sageli need ei õnnestu, sest pakkumisi tehakse vähe. Samas arvatakse, et hanked pole lahendus, sest see on ajutine ja suunatud vähempakkumisele. *Nt ehitati töökeskused välja EL rahadega, kuid praegu ei jõua need konkureerida riigihangetel.* (JPIK)

Psüühilise erivajadusega inimeste toetamisel tegutseb ka Töötukassa, kes osutab inimestele erinevate teenustega abi nende tööle saamisel. *Alates 1. jaanuarist 2016 võtab Töötukassa üle korduvtaotlejad, kelle püsiva töövõimetus tähtajad Sotsiaalkindlustusametis lõpevad. Reformi eesmärk on suurendada tervisekahjustusega inimeste tööhõivet, aidata neid sobiva töö leidmisel ja hoidmisel ning toetada seejuures tööandjaid vajaliku töökeskkonna loomisel. Muudatused puudutavad eelkõige pikaajalise tervisekahjustusega inimesi vanuses 16 eluaastat kuni vanaduspensioni-iga. Siiani on saanud teenuseid arvel olevad töötud ja töötavad inimesed, kuid juurde tulevad ka teenused neile osalise töövõimega inimestele, kes õpivad.*

Teenusteks, mida osutatakse, on abistamine tööintervjuul, abivahendi teenus, töökoha kohandamise teenus, tugisikuga tööle suunamise teenus. Jaanuaris 2016 alustab Töötukassa tööandjate ning vähenenud töövõimega inimeste töövõimereformi alast nõustamist ning töövõimet toetavate teenuste osutamist: tööandjate nõustamine ja koolitus, tööle sõidu toetus ja saatja sõidukulu hüvitamine, tööalane rehabilitatsioon, kogemusnõustamine, kaitstud töö. *Töötukassa teeb, mis on tema institutsionaalseteks ülesanneteks tema regulatsioonidest lähtudes.* Oktoobris 2015 Töötukassa büroodes üle Eesti alustas tööd 48 juhtumikorraldajat II. Juhtumikorraldajad nõustavad erivajadustega inimeste tööotsinguid, selgitavad välja töötamist soodustavad ja takistavad asjaolud ning aitavad kliendil töö leidmiseks jõukohaseid eesmärgi püstitada; hindavad teenuste vajadust ning tagavad kliendile vajaliku abi. Inimese aitamiseks suhtlevad nad aktiivselt nende tugivõrgustikuga ning teevad koostööd kohalike omavalitsuste, teenuseosutajate ja tööandjatega. Alates juulist 2016 viivad juhtumikorraldajad läbi intervjuusid töövõime hindamise taotluse täitmiseks. (JTK)

Töötukassa saab teha tööga seonduvaid kohandusi ka psüühilise erivajadusega inimeste tööle võtmisel – need seisnevad pigem töötingimuste loomises vastavalt erivajadusele. *Kohandused: ei ole pidanud erilisi füüsilisi kohandusi tegema (pigem see, et kas töötab inimene hommikul/õhtul – tema ravimite mõjust jm tingitud).* (TLHA II)

Erihoolekandeteenuste süsteemi ja sellega seotud teenuste korralduse, rahastamise ja koostöö kohta kohaliku omavalitsuse tasandil psüühilise erivajadusega inimeste kogukonnapõhisele hooldusele üleminekul võib kokkuvõttes välja tuua järgmist.

Tänane süsteem psüühikahäiretega inimeste toetamisel on erihoolekandeteenuste keskne ning tasuta institutsioonipõhiste teenustega on harjunud nii ühiskond, spetsialistid kui ka teenuse kasutajad. Valmidus iseseisvalt enda elu üle otsustada on samm-sammult kujunemas ning seda tuleb järjepidevalt toetada, et kogukonda suunduvad inimesed, nende lähedased, spetsialistide võrgustik ning kogukond ja ühiskond DI olulisust ja sisu mõistaksid ning seda toetada oskaksid. Kohalikud omavalitsused teevad teenuse osutamise korraldamiseks omavahel koostööd eelkõige keskustest kaugemal asuvates piirkondades. Sihtgrupi spetsiifikat arvestades on KOVi olulisteks partneriteks tervishoiusüsteem (psühhiaater, perearst, kogemusnõustajad jne) ja teenuse osutajad (nt Töötukassa, Sotsiaalkindlustusamet, rehabilitatsiooniasutused, teenuseosutajatest MTÜd jt). Erinevate rahastusvõimaluste leidmisel ja kombineerimisel on kogenumad mittetulundusühingud, kes on olemasolevate võimaluste alusel toimivad praktikad välja arendanud (nt Hea Hoog, Helpific, EPRÜ jne). DI toetamiseks on rohkem valmis päevakeskused ja sihtgrupile teenuseid osutavad MTÜd. Oluline fookus tänases töös on inimeste tööle saamise ja töökoha säilitamise toetamine.

2. Süsteemide tugevused ja puudused (sh kogukonnas, külades, institutsioonides) ning mõju toetavaid ja institutsionaalseid teenuseid saavatele psüühilise erivajadusega inimestele

Tugevused, millele saab tugineda DI läbiviimisel

Töötukassa on välja arendanud teenused ja toetused nii erivajadustega töötajatele kui ka tööandjatele, kes neid tööle rakendavad. Töötukassa on teinud omapoolseid ettevalmistusi DI läbiviimiseks ja tegeleb psüühilise erivajadusega inimeste tööhõive küsimustega.

Töötukassa senised ja varsti avanevad toetused-teenused psüühilise erivajadusega inimeste tööle aitamiseks on järgmised: tugiisikuteenus (teine töötaja asutusest tasustatakse); kaitstud töötamine; tööalane rehabilitatsioon; sotsiaalmaksuvabastus; töölesõidu toetus ja sõidutoetus saatjale, tööandjate nõustamine jne. Lisaks on erinevad SKA finantseeritud teenused, mis toetavad erivajadusega inimeste tööhõivet näiteks töötamise toetamise teenus (erihoolekandeteenusena) ja pikaajaline kaitstud töö teenus.

Kaitstud töö programm käivitub jaanuarist 2016. Sellega kaasneb tööalane rehabilitatsioon ja kogemusnõustamine ning tööandjate nõustamine ja koolitamine. Koolitus on suunatud tööandja teadlikkuse tõstmisele selle kohta, millised on võimalused ja piirangud, kui tööle võetakse erivajadusega, sh psüühilise erivajadusega, isikud. (PTK).

Konsultandid tõid oma kogemustest lähtuvalt välja, et huvitav ning edasises töös kasuks tulnud on erinevate tööandjate külastamine. Kohapeal on võimalik olnud reaalselt näha, milles mingi konkreetne töö seisneb, *siis oskab ka konsultant paremini hinnata, millisele kliendile millist tööd pakkuda. Erivajadusega klientide puhul on nii võimalik varakult võimalikke piiranguid ja kitsaskohti ette näha.* Tööandjad toovad psüühilise erivajadusega inimeste tööle võtmisel välja ka positiivseid kogemusi, sh nende töökust, punktuaalsust ja täpsust, samuti positiivset mõju töökollektiivile. Samas nenditakse, et palju sõltub sellest, kas inimene võtab ravimeid või mitte. Erivajadusega inimene kollektiivis tekitab üksiteisemõistmist ja ühtekuuluvus- ja teineteise hoidmise tunnet. Nendega arvestatakse rohkem ja ollakse avatumad. *Erivajadustega inimeste fenomenaalsus – nt punktuaalne täpsus jne (lühema ajaga täidab rohkem ülesandeid); Kohvikuteenindaja (väga kiidetakse, et töökas ja vaikne ja kogu aeg olemas); Need töötajad on kui taustajõud, kellel tegevus ei toimiks. Palju sõltub sellest, et kas ravimid võetud.* (TVTK)

Kogukondades võib DI arendamisel tugevusena välja tuua teenuste osutamise planeerimise ja edendamise pikaajalist traditsiooni, samuti seda, et on hakatud tegema võrgustikutööd kohtadel, kuigi selles osas on veel arenguruumi.

Mitmetes kohtades on teenuste osutamist ja kättesaadavust planeeritud juba kümnekond aastat. Õnnestunud planeeringud tagavad teenuste osutamisel toetava keskkonna ja klientide rahulolu. Kui keskkond on kaasaegne ja erinevad võimalused samas piirkonnas, on teenuste kvaliteeti kergem tagada. *Muutused teenuse osutamisel ja saamisel on viimastel aastatel päevakeskuses liikunud paremuse poole seoses keskkonna arendamisega. Nt on paranenud pesemisega, söömisega jmt seotud tingimused ja tegevused.* (PHPP)

Tugevuseks, millele DI protsessis toetuda, võib pidada ka seda, et spetsialistid saavad kaasa rääkida seadusemuudatuse protsessis seeläbi, et saavad teha muudatustepanekuid ja anda tagasisidet seadusemuudatuste projektidele. *Seadusemuudatuse projekte saadetakse keskuse spetsialistide meilile ja tagasisidestamises saab osaleda. SHS muudatuste kohta on saanud anda sisendit ja tagasisidet. Selles osas toimib koostöö SKA-ga.*(PHPP)

Samuti on mitmetes regioonides võimalus teenuste osutamisel toetuda juba välja kujunenud partnerlussuhetele mittetulundusorganisatsioonidega, kes on motiveeritud ja valdkonnakindlad. *Koostöö toimib ka MTÜga, kes tegelevad sotsiaalvaldkonnas, kuna kliendid tihti kattuvad. Koostöö on pigem võrgustiku tasandil sh selles, kuidas klienti paremini tööle rakendada, millist panust erinevad osapooled saaksid lisada.* (PTK).

Puudused, millega tuleb arvestada DI protsessi läbiviimisel

DI protsessist on intervjueritud osapoolte teadlikkus pigem vähene ning sellest lähtudes ei osatud enda rolli ning arengusuundi põhjalikumalt avada. Vastutavaks peetakse AS-i Hoolekandeteenused. KOV-d on DI protsessi vähe kaasatud. KOV-de kliendid saavad tuge päevakeskustelt ja seda peetaksegi juba deinstiitutsionaliseerimiseks, et kliendid on iseseisval elul ja saavad otsustada oma elutegevuse üle ise. KOV tasandil on arutelu- ja raskuskoht pigem klientide elukeskkonna tagamine, sh toetatud elamise teenuse osutamine. *Praegu ei tunne, et DI protsess päevakeskust puuduks. DI peaks puudutama eelkõige kombinatsioonidest välja liikumist. DI ei pea tähendama asutuse tiiva alt mujale liikumist. AS Hoolekandeteenustes katsetatakse kogukonnale lähemale liikumist, nt kogukonnas elamise teenust püütakse hakata osutama korterites. Pärnu Psühhiaatrikliiniku Päevakeskuse kliendid on pigem juba kogukonnas.* (PHPP).

DI tähendab, et pole enam suuri hooldekodusid ja tulevad peremajad. Jutuks on olnud, kuidas korraldada toetatud elamise teenust, kas üks ühine suurem maja või eraldi elamisega korterid. Peremajades on hea olla. Tavamajades elades on palju probleeme, sest inimesed pole valmis ja kogukond pole valmis. Võiks olla üks ühine maja. Võib ka kogukonnas eraldi elada, kuid see sõltub kliendi toimetulekust (PHPP).

Psüühilise erivajadusega inimeste toetamist ja sellega seotud DI protsessi peetakse eelkõige erihoolekandeteenuseks, mis on riigi rahastusega. KOV on pigem orienteeritud tavahoolekandele. See on ka põhjus, miks KOV-d on sellel teemal passiivsed. *Erihoolekandeteenus on riigi rahastusega ja KOV on pigem orienteeritud tavahoolekande teenuste osutamisele. Vändras on peremajad, Toris (64 in) on kliendid veel institutsioonis koos. Ööpäevaringsete teenuste pakkumiseks hakatakse ka Pärnu linna looma võimalusi, umbes 100 kohta paari üksusega. Üks maja tuleb haigla alale. Kuid Eestis on pakilisemaid kohti, kus peaks klientide olukorda parandama, nt Sõmera erihoolekodu (400 klienti) Saaremaal, Koluvere erihoolekodu (üle 100 klienti) Läänemaal, Võisiku erihoolekodu, Erastvere erihoolekodu jmt. Tulevikus asi ilmselt hakkab arenema.* (PHPP)

Kohalikud omavalitsused ei ole valmis klientide kogukonda naasmiseks, kuna napib ressursse, kogemusi ja oskusi, et valmistada kogukonda DI protsessiks ette. Probleemiks on ka vabade elupindade leidmine ja tugiteenuste ebapiisav kättesaadavus. Enne tuleks leida abinõusid, mis toetaksid kohalikke omavalitsusi nii kogukonna teavitamise, elukoha leidmise kui ka tugiteenuste arendamisel, alles siis saaks hakata ette valmistama DI protsessi. *2015. a kevadel kohalike omavalitsuse sotsiaaltöötajate arengupäevadel „Teenuste arendamise võimalused ja tugi“ kerkis olulise teema esile deinstiitutsionaliseerimine ja ööpäevaringsete erihoolekande teenuste mahu kaotamine või vähendamine. Diskussioonis selgus, et kohalikud omavalitsused ei ole valmis selleks, et kliendid naasevad kogukonda. Toodi välja kaks peamist teemat. Esiteks pole kogukonnal ressursse ning kogemusi ja oskusi, et valmistada kogukonda, nt naabreid DI protsessiks ette. Lisaks on probleemiks vabade elupindade leidmine ja tugiteenuste ebapiisav kättesaadavus.* (KK) Tuleks leida ka meetmeid, mis toetaksid kohalikke omavalitsusi nii kogukonna teavitamise, elukoha leidmise kui ka tugiteenuste arendamisel. (KK)

KOV-d pole DI protsessi kaasatud ja seetõttu puudub neil adekvaatne info DI kohta. Olemasolev teadmine on moonutatud ja vastutus protsessi eest ebaselge. Puudu on ministeeriumi ja teiste DI eest vastutajate toest kogukonnale ja omavalitsustele. *Teine teemade ja probleemide valdkond on info moonumine ja/või infopuudulikkus kohalikel omavalitsustel, keda selle protsessi väljatöötamisse ei ole kaasatud. Omavalitsustel on tekkinud ettekujutus, et kõik hooldekodud suletakse ja kõik kliendid peavad naasma oma kodukohta. Tegelikult peab kliendi lahkumisega institutsioonist kaasnema ka institutsiooni tugi, kuid hooldekodude ja omavalitsuste vahel puudub senini sisuline koostöö. Puudu on ministeeriumi ja teiste DI eest vastutajate toest kogukonnale ja omavalitsusele (kuidas klient jõuab kogukonda). Tapa Koduga koostöös on sellist tuge ja koostööd arendatud. (KK)*

Inimeste kogukonda suunamiseks ja seal elamise tugiteenusteks ei ole lisaks omavalitsustele ja kogukonnale valmis ka psüühilise erivajadusega klientidega tegelevad tööandjad. Tööandjatele on küll loodud motivatsioonipakett, kuid puudub toimiv metoodika psüühilise erivajadusega klientide kaasamiseks tööturule. Tööandjatele puuduvad tagatised ja mehhanismid, mis tagaksid tööandjale võimalused olukorras, kui töötaja olukord tulenevalt tema tervislikust seisundist halveneb ja ta ei ole ajutiselt võimeline oma töökohustusi täitma. Tööandjad vajavad enda sõnul koolitusi ning toetusmeetmete bürokraatia vähendamist. *Töötukassal (töövahendajal) peaksid olema alternatiivid, mida teha, kui on vaja töötajat ajutiselt asendada nt tervisliku seisundi tõttu. Läbi peab olema mõeldud ka see, kuidas Töötukassa on valmis juhtumikorraldajate töökoormust vajadusel suurendama (ühele kliendile kuluv aeg saab tõenäoliselt olema suurem kui esialgselt planeeritud). (KK)*

Deinstitutsionaliseerimine ja sellega seotud kogukonnapõhiste teenuste arendamise kohta ütlevad teenuse arendajad, osutajad ja kasutajad, et infot on vähe ja selget pilti kavandatavatest muudatustest ei ole. Pigem usutakse idee headusesse. Kuid et sellest kasu oleks, on vaja mõtteviisi muutust, keskkonna kohandamist, oluliselt suuremat ja mitmekülgsemat teenustepaketti ja valdkondade ülese koostöö loomist süsteemi tasandil. *Tähendab mõtteviisi muutust (ühe asutuse jaoks ongi reh-teenuse osutamise mõtteviisi kogukonnapõhisus). Täheleb keskkonna kohandamist (et oleks võimalik osaleda võrdselt). Täheleb seda, et lisaks teenuse osutajatele on ka naabruskond, võrgustiku liikmed (nt poliitsei, kiirabi), ka teenuse kasutajate lähedased avatud ja tolerantsed. (TLHA I)*

Tööandjad toovad töös psüühilise erivajadusega klientidega probleemina välja, et nad peavad kandideerijaid võrdselt kohtlema, sh tööaegade ja -tingimuste kehtestamisel jm. Seetõttu on parem, kui erivajadustest ausalt rääkida. Samas arvavad tööandjad, et psüühikahäirega inimesed on kohati „ülepoputatud“ ja eeldavad enda suhtes eritingimusi. *Töötaja ei avalikusta enda erivajadust. Tööandja ei oska aidata, ei oska võimalusi/kohandusi (nt õhtust või hommikust tööaega või lühikesi tööpäevi vms) pakkuda lähtuvalt erivajadustest, ei saa mõista teatud olukordi. Psüühikahäirega inimesed on „ülepoputatud“ ja ootavad eritingimusi. Tööandja peab samas tagama, et sama palka saavad ja sama tööd tegevad inimesed on võrdselt koheldud. Näiteks on tööandja rääkinud vanematega ja selgitanud, et tööl tuleb panustada, ei eelistata ja ei tehta erandeid. (TLHA II)*

Tööandjad toovad psüühilise erivajadustega inimeste tööle võtmisega seonduvalt välja, et Töötukassa info pole piisavalt kättesaadav ja et bürokraatia on suur. Sellega seonduvalt soovivad tööandjad, et kogu soodustusi puudutav info oleks ühelt veebilehelt kergesti leitav, teenuste taotlemine lihtne ja kiire, et võimalik oleks kasutada mentorit, kellelt vajadusel nõu küsida, erisoodustumaksu kaotamist ettevõtte töötajate tervisesse panustamisega seotud kulude osas ja koolitusvõimalusi vahetutele juhtidele, kes erivajadusega inimestega tegelevad, samuti tunnustussüsteemi, mis motiveeriks. *Info ei ole lihtsalt ühest kohast kättesaadav. Nt RIMIs eraldi inimene, kes teab ja oskab bürokraatiaga toime tulla (suure ettevõtte eelis), kohviku raamatupidaja on selgeks teinud, SA konsulteerib tööandjaid. Bürokraatia on suur (tööandjatele tundub, et teenuseid ja toetuseid hoitakse varjatult). Sotsiaalmaksuvabastust kasutatakse, kuid see on väike. Et bürokraatiat oleks vähem (et oleks lihtsam*

toetavaid meetmeid kasutada). Kui teenus/toetus on olemas, siis peaks seda ka saama (on olnud juhtumeid, et nt tugiisiku teenus vms ei ole siiski võimalik) Ootus: mentorlus tööandjatele, kellel ei ole kogemust psüühikahäirega inimese tööle võtmisel ja tema töötamise toetamisel. Oodatakse: erisoodustasmaksu kaotamist ettevõtte töötajate tervisekulude osas (nt massaaž, sportimisvõimalused), eelistingimusi näiteks riigihangete raames pakkumiste esitamisel, koolitusvõimalusi vahetutele juhtidele, tööandjate tunnustusmärki/ kvaliteedimärki erivajadustega inimesi tööle võtvatele tööandjatele ja sellega kaasnevat soodustusi. (TLHA II)

Töötukassa on mures, et erivajadusega inimestele pole piisavalt tööpakkumisi ja olemasolevad pakkumised ei vasta vajadusele (näiteks ei soovi mitme kõrgharidusega psüühikahäirega spetsialist koristajana töötada), puudub paindlikkus töökohtadel, sh kaugtöö ning osajaga töötamise võimalused. Era- ja mittetulundussektori tööandjatel on küsimus, et kuidas avalik sektor on valmis ja mida on teinud, et erivajadusega inimestele töökohti luua. Töötukassa mured: (1) ei pakuta sobivat tööd (nt mitme kõrgharidusega inimesele ei ole koristustöö sobiv töö), (2) osakoormusega võimalusi napib; Millised töökohad ootavad seda sihtgruppi? Kärupaigaldajad, koristajad, (teenindajad mitte), puidutööstus (nt küttepuiduga seonduv), põllumajanduses talud, ...; SA (kes töökohti vahendab, ette valmistab ja teenust vahendab, tööandjaid konsulteerib): mitme kõrgharidusega ps-häirega inimene võib mõnel juhul väga tahta teha väljaõppega seotud erialast tööd. Kuid ta ei mõista, et ta ei suuda seda enam. (TLHA II). Samas on paljud töökohad seotud konkreetsete tähtjaliste tellimustega, kus töötaja haiguse ägenemine võib panna tööandja väga keerulisse olukorda – ei suudeta tellimusi täita. Tagatise või lahendusi sellisteks olukordadeks praegu toetuste ja teenuste süsteem tööandjatele ei paku. Hea algatus on SA Hea Hoog, mis seda garantiid tööandjale pakub. (PTK)

Probleemiks on, et nii kaitstud töö kui ka sotsiaalne ettevõtlus toimivad peamiselt vaid eraalgatusel ning riigi tunnustus sellisele tegevusele on minimaalne. Kui senised sotsiaalsed ettevõtlust edendavad entusiastid ära väsivad, siis läheb olukord veelgi keerulisemaks. Vajaks oleks ka tööandjatele meetmeid, mis motiveeriks neid palkama erivajadusega isikuid.

Töötukassa tunneb puudust kogukonna toest, eriti koostööst ettevõtjate ja meediaga. Koolituse seoses muutustega on olnud piisavalt ja Töötukassa töötajad tunnevad ennast kindlalt erivajadustega isikute töötamisel. Puudu võib jääda teadmistest, kui klient on agressiivne (mitte ainult psüühilise erivajadusega klient). Tööandjate puudus, see peaks olema terve ühiskonna teema, mitte ainult Töötukassa ja kliendi probleem. Rohkem tuleks ka meedias esitada edulugusid. Olulised on olnud mõningad kogemusnõustamise meetodil tehtud koolitused (skisofreeniahaige kogemusnõustamine andis parema võimaluse mõista erivajadusega kliente). (PTK).

Kokkuvõtteks DI protsessi tugevuste, puuduste ja mõju kohta psüühilise erivajadusega inimestele võib välja tuua järgmist.

Tugevusteks, millele saab toetuda DI protsessi läbiviimisel on, et Töötukassa on teinud omapoolseid ettevalmistusi ja tegeleb psüühilise erivajadusega inimeste tööhõive küsimustega, sh teenuste ja toetuste osutamisega nii erivajadustega töötajatele kui ka tööandjatele, kes neid tööle rakendavad. Tugevuseks võib pidada seda, et Eestis on teenuseosutajad regioonides, kellel on praktilised kogemused psüühilise erivajadusega inimestega. Nende häid kogemusi saab DI protsessis rakendada ja levitada.

Probleem on DI-ga seotud osapoolte vähene teadlikkus DI protsessist ja nende osast selles, sest osapooled pole ettevalmistamisse ja elluviimisse piisavalt kaasatud ning täpselt pole määratletud vastutus DI eest Eestis. Probleem on ka teabe ebahütlane kättesaadavus toetusüsteemi kohta. Tööandjad, psüühikahäirega inimeste nõustajad ja teenuse osutajad tõid intervjuudes välja tugeva vajaduse koondada toetusmeetmete info (Töötukassa, Sotsiaalkindlustusamet, KOV tasand,

rehabilitatsiooni-, tervishoiu- ja hariduse valdkondade tugisüsteem) ühte andmebaasi ning teha see kõigile kättesaadavaks.

Oluline on ära kuulata ja kaardistada kõikide osapoolte (psüühikahäiretega inimesed ise, nende lähedased, teenuseosutajad, arendajad, tervishoiusüsteemi- ja haridussüsteem, korrakaitse, Töötukassa, Sotsiaalkindlustusamet jt) esindajad, nende senised kogemused, hirmud ja ootused ning sellelt aluselt samm-sammult edasi minna.

3. Kogukondade riskid ja nende maandamise võimalused, sh hoiakute muutmiseks, et psüühilise erivajadusega inimesi kogukonda paremini integreerida

Probleem on kogukonna valmisolek psüühilise erivajadusega klientide toetamiseks ja nende kogukonnas elamise võimaluste laiendamiseks. Abi pole olnud ka selgitustööst kogukonnas, eelarvamused pole sellega kadunud. Eelarvamused on seotud hirmudega turvalisuse pärast, majanduslike põhjustega, nt kinnisvarahindade langus, äritegevuse langus jmt – kardetakse kaotada kliente. *On suur probleem, et kogukonnad pole valmis kliente vastu võtma. Nt AS Hoolekandeteenused eestvedamisel on saanud kokku KOV ja kogukonna inimesed ja tehtud selgitustööd kogukonnas, kuid eelarvamused pole kadunud. Need eelarvamused on seotud ka majanduslike põhjustega, nt kinnisvara hindade langus, äritegevuse langus, st kardetakse kaotada kliente.*

Probleem kogukonnas on, et sageli võimendatakse kliendi mure üle. Nt ema elab koos autistist pojaga ja naabrid on sellest häiritud, sest noor seisab koridoris ja teda kardetakse. Tegemist on eelarveamustega, kuigi need pole tihti põhjendatud. Ema on naabreid informeerinud, kuid see ei aita. Politsei on olnud juba asjasse segatud. (PHPP).

Ühiskonnas eksisteerivad reaalsed hirmud. Selleks, et DI protsessi ühiskonnas läbi viia, on vaja vaadata asju veidi teise nurga alt. Vaja on soodustada taastuvate erihoolekande klientide ja neid esindavate organisatsioonide enda eest seismise võimekust, mida hetkel ei ole ja muuta nad sarnasteks nt omastehooldajatele, kes viimasel ajal on hakanud enda eest seisma. Sellest võib alata hoiakute muutumine. Olulisel kohal on ka kogemusnõustamine. (KM)

Peamiseks väljakutseks on, kuidas vähendada kogukonna vastuseisu psüühilise erivajadusega klientide kogukonda integreerimisele. See protsess nõuab palju aega ja jõupingutusi. *Nt päevakeskuse viimasel jõulupeol helistas politsei esindaja, et kas läheb vaja lisaturvameest, et järsku läheb madinaks. Vajadus on läbi viia ühisüritusi kogukonnaga ja koostööd tuleb teha ajakirjanikega, esitada häid lugusid. Kogukonna valmisoleku arendamise üheks võtmeküsimuseks on koostöö ajakirjandusega delikaatsete teemade käsitlemisel nn positiivse kogemuse esiletoomisel. Hetkel on meedia mõneti kallutatud, kirjeldatakse äkksituatsioone (keegi sai infarkti, keegi karjus, sest vihastas jmt). Kokkuvõtvalt öeldes ei olda DI protsessiks valmis, pole retsepti. Aeg annab arutust, kuidas DI protsess kogukonnas vastu võetakse. (PHPP)*

Keskuse juht on uurinud päevakeskuse kohta kahe aasta jooksul kirjutatud artiklite kättesaadavust ja loetavust Pärnu Postimehe veebiväljaandest ning selgus, et kõik artiklid on internetis lukus ja tasulised. See tähendab, et tarvis on arendada koostööd ajakirjandusega delikaatsete teemade käsitlemisel, nn positiivse kogemuse esiletoomisel. Lisaks ei ole praegusel juhul ka erivajadustega inimestel endal võimalust nende kohta kirjutatud artiklitega tutvuda. Läheb mitu põlvkonda, et kogukond DI protsessi tolereerima hakkaks. (PHPP)

Ühiskonna suhtumine peab muutuma, vähendada tuleb stigmat ja sildistamist ning toetama peab seda, et isik oleks valmis oma erivajadustest rääkima. Seda hoiakute muutmise tööd tuleb teha kõigil kolmel tasandil – kliendi, kogukonna ja riigi tasandil. (KM)

AS Hoolekandeteenused spetsialistid töid uurimuses riskidena välja väliskeskonna vähest kohandatust erivajadusega inimestele (liiklusturvalisusest kõnniteedel ühistranspordi kasutamise võimalusteni välja) ja ümbritsevate inimeste halvaks panevat suhtumist (tõrjumine, kiusamine). Lahendusena nähakse nõustamist ja koostööd kohalike ettevõtjate ning haridusasutustega. *Peamine abi peaks olema inimese vajadustest lähtuv nõustamine ja koostöö kohalike ettevõtjate ning haridusasutustega, et inimene saaks jalule ja tuleks majanduslikult iseseisvalt toime.*(AS Hoolekandeteenused)

AS Lõuna-Eesti Hooldekeskuse juhataja tõi riskidena välja eelkõige seda, et tegemist on väga keerulise sihtgrupiga, kus on palju individuaalseid erinevusi ja erivajadusi, nt alko- ja narkosõltlastest psüühilise erivajadusega inimesed, liitpuudega ja kohtumäärusega inimesed (nt Valkla). *Kuidas neid kliente oleks võimalik korterelamutesse võimalikult iseseisvalt elama panna? Võimatu.*(LEHK)

Eestis on olukord, kus erihoolekandeteenuse arendamisel on ühelt poolt vaja arvestada väikeste erihoolekande arendajate algatustega ja investeerida uute teenuskohtade loomisesse, seda nii teenuste arendamiseks kogukondades kui ka vajadusel ööpäevaringse toetusega kogukonna kesksete teenuskohtade loomiseks, kuid samas tuleb arvestada ka teistsuguste põhjendatud arvamustega. Nt AS Hoolekandeteenused spetsialistid toetavad rahvusvahelist kogemust osutada erihoolekannet võimalikult väikestest teenuseüksustes, samas **ei nähta otsest seost selles, kas teenuseüksus kuulub ühele teenusepakkujale või on osa suurest klastrist. Oluliseks peetakse seda, et inimese elu oleks toetatud ja turvaline ning et nende igapäevaelu oleks lisaks eriala professionaalidele kaasatud kogu ümbritsev kogukond. Kas see teenuseüksus kuulub ühele teenusepakkujale või on osa suurest klastrist, kohalikule omavalitsusele või riigile, ei oma nii otsest seost. Ka suuremat üksust saab juhtida paindlikult tagades väiksemate üksuste töö kogukondades ja teenuse osutamise kohtadel. Määrav on teenuse kirjeldus/standardid ja teenuse komponentide paindlikkus, et saaks reageerida inimese (ka muutuvatele) vajadustele. Suured teenuseüksused ei ole inimväärised, samas hajusalt paiknevate üksuste puhul tuuakse välja personali motivatsiooni, teadmiste taseme ja teenuse standardkohase pakkumise probleemistikku.**

Oluline on liikuda mõtteviisi „kliendist kodanikuks“ suunas. See tähendab, et klient võtab vastutuse ise otsustada ja vastutada ning et ressursside koordineerimisel liiguvad rahad koos inimesega. Eesti hoolekande klienti ümbritseb juba suhteliselt palju inimesi ja rahastusvõimalusi. On meditsiini-, hoolekande- ja rehabilitatsiooniteenused ja raha, samuti pere tugi ja inimese enda pension. *Eesti juba liigub selles suunas. Täna pigem toimub killustamine ning sellest tulenevalt ressursside (nii inimressursi kui ka raha) raiskamine. Inimkesksel ressursside koordineerimisel liiguvad rahad koos inimesega. Rehabilitatsioonirahadega on juba algust tehtud. Vaja oleks ühte ressursikoordinaatorit, kes kuulaks ja jälgiks, mida kliendil vaja on ja lähtuks efektiivsusest.* (KM)

Muuta tuleb ametkondade, koostööpartnerite ja tööandjate hoiakuid psüühilise erivajadusega klientide toetamise ja kogukonnas elamise kohta ning informeerida neid DI olemusest ja vajalikkusest. *Kõige olulisemaks küsimuseks on hoiakute muutmine. Sellel teemal küll räägitakse, kuid inimesed ei kujuta päriselt ette, kuidas see protsess hakkab välja nägema, millist tuge on vaja neile inimestele osutada, mida on vaja endal teada, et selles toimida jmt.* (JPIK; JTK)

Psüühikahäirega isikutele on eelkõige vaja töökohtade emotsionaalset kohandamist vajadustele vastavaks, füüsilise kohandamise vajadust on vähem, kuid on ka seda: nt valgus, puhas õhk, kuidas on korraldatud tööülesannete esitamine, kohvipausid jne. Ette tuleb valmistada ka töökaaslased ja objekt, et kui tekib tagasilööke, siis teaks, kuidas toimida. *Harjumine võib uutel inimestel olla üllatav, mitte kokku puutunud inimestel võib olla raske aru saada, mida teha, võõras inimene võib ära ehmuda. On üks ehmatav mälestus, kus suurjäätmete koristamisel võeti kaasa üks teenuse kasutaja, keda tuli turvata, mees läks objektile kaduma. Otsiti taga, üks naaber juhatas politseisse, et viidi imeliku jutu pärast. Saadi kätte haiglast, oli leidnud omasuguse, valmistus lõunat sööma. Teenuse kasutaja ise oli kindel, et abi tuleb. Oma kollektiiv harjub ära ja ei oska väga võib olla enam ette näha selliste probleemkohtade kujunemist. Samas peavad uued tööandjad sellega arvestama. Hea, kui kliendil on kaasas abivajaja kaart, milles on kirjas info tema kohta. Isikul võiks olla kaasas infoga kaart, mis abistab inimest probleemidesse sattumisel.* (TVTHK)

Töökohta saamise kõrval on oluline ka selle hoidmine. Selles osas tuleb tööandjal leida lisalahendusi, juhendada ja teha järelevalvet ohtlikes olukordades. Uute erivajadusega töötajatega peavad harjuma ka töökaaslased. *Uue personali lisandumisega ei ole probleeme. Uued töötajad harjuvad, et tööl on erivajadusega inimesed. Kiirematel tööloikudel neid rakendada ei saa. Töötajaid on siiski vaja jälgida, nt külmade ilmade puhul. Tööle sobivusel toimub katsetamine ja vaatamine. Kui kaua see aega võtab? Kiiremad kuu või kaks, teistel kuni aasta. Juhendajale tähendab see lisakoormust, jälgimist ja ohutuse tagamist ning tööandja jaoks täiendavat kulu juhendamisele ja jälgimisele. Aegajalt tegeletakse ka ravimi manustamise meeldetuletusega. Tuleb pidevalt vaatamas käia töö edenemist. Paljudel on oma tööloigud, mida nad on harjunud tegema. Kui juhendaja ei oleks SA-st vaid Keskkonnateenustest, mida see tähendaks – väga head koolitust, kuidas nende inimestega käituda. Vahel võib tekkida olukord, kus erivajadusega inimesed on jätnud ravimid võtmata, tema suudab neid „lugeda“, aru saada, kui nad on jätnud ravimid võtmata. Erivajadusega töötajatele eraldi töökohti ja/või üksust luues tuleb tööandjal ja kõigil töötajatel läbida koolitus, et vajadusel oskaks inimesi töökohtadel toetada ja juhendada. Sellist üksust ise luua eraettevõtjal: koolitus, materiaalne toetus juhendamisele. Töösuhet mittepidav seltskond on töösuhetes täiesti teistsugune.* (TVTHK)

Töötajate motiveerimiseks on vaja pakkuda soodustusi psüühilise erivajadusega inimeste tööle võtmiseks. Motiveerima peaks ka eluaseme kohaldajaid ja ehitajaid. *Oleks vaja ka kehtestada ka töötajatele kohustus ja soodustused luua erivajadustega isikutele töökohti. Muuta see prestiižseks.*

Mujal riikides on konkreetselt ette antud numbrid, mitme töökohta kohta tuleb luua töökoht puudega isikule. Abi peaks nende töökohtade loomisel tulema ka riigilt. Sarnane tugi võiks olla elamuehituses, et igas kortermajas peaks olema puuetega isikute vajadusele kohandatud eluruumid. (KM)

Töötajad, kes on võtnud tööle erivajadusega töötajaid, näevad selles ka kasu organisatsiooni töökultuurile, sh töökeskkonna sõbralikumaks muutmisele jmt. *Mis annab juurde: märkamise, nende olemasolu lisab väärtust töökeskkonnale, puuduse tunne tekib, kui neid ei ole, harjumise järel nad muutuvad osaks töökollektiivist. Nad tekitavad ka huvi, millised probleemid neil võiksid olla. Kohusetundlikkus: kinnistuvad tööprotsessi, raske on neid sellest eemale rebida, See on muidugi isikutel väga-väga erinev.*

Kokkuvõtvalt võib kogukondade riskide ja nende maandamise võimaluste kohta öelda, et hetkel ei olda DI protsessiks valmis. Pole retsepti, kuidas edasi minna ja kuidas kogukonna hoiakutega hakkama saada. Aeg annab arutust, kuidas DI kogukonnas vastu võetakse. Kindlasti on oluline jätkata teavitustööd hoiakute muutmiseks, et psüühilise erivajadusega inimesi kogukonda paremini integreerida. Selleks on vaja teha koostööd meediaga edulugude kajastamisel, et vähendada

kogukondade teadmatusel ja sellest tuleneval hirmul rajanevat vastuseisu. Tegeleda tuleb ka ametnike hoiakute muutmisega ja ametnike koolitamisega ning kogukonda naasvate inimeste enda ettevalmistamisega, et nad mõistaksid uut olukorda võimalusena ning oleksid enda õigustest, võimalustest ja riskidest teadlikud.

4. Muudatusettepanekud Eesti erihoolekandesüsteemi arendamiseks, et soodustada psüühilise erivajadusega isikute integreerimist kogukonda

DI on eelkõige mõtteviisi küsimus, millel on kaks poolt. Ühelt poolt on see kliendi vaba soov, mille alus on kliendi harjumus saada teenuseid ja elada turvalises elukeskkonnas. Teiselt poolt on vaja inimesi aktiveerida, neid taastumisel toetada ja neid motiveerida iseseisvaks toetatud elamiseks kogukonnas. *Esimene on, et inimene ise paneb ennast sellesse rolli, et ta on hea meelega erihooldekodu ja/või päevakeskuse klient. Seda saab muuta taastumise mõtteviisi sissetoomisega. Senised taastumise mõtteviisi ja toetatud elamise teenustega seondunud koolitused on olnud efektiivsed.* (KM)

DI on paljuski seotud kogukonna mõtteviisiga kogukonna tervise, hoiakute ja käitumise kohta. Enesetunne ja enese sildistamine on võimsad vahendid. See toimib nii isiku kui ka pere tasandil. DI protsessiks peavad olema valmis nii kutselised abistajad sh kohalikud omavalitsused ja erihoolekanne kui ka elanikkond. *DI protsessi teine pool on kutselised abistajad sh kohalikud omavalitsused ja erihoolekanne. See algab juba erihoolekande töötajate hoiakutest ja väärtustest, kas nad on valmis kasutama kogukonna võimalusi. See on ka kogukonna tervise, hoiakute ja käitumise küsimus – kas psüühikahäirega kliendid on ikka ka meie inimesed? Positiivne töötulem sotsiaaltöötajale ei peaks olema, et nad on leidnud inimesele turvalise hooldekodu, vaid sotsiaaltöötaja peaks olema kui kogukonna säde, kes räägib kaasa kogukonna tervise teemadel. Ametnik ei saa olla vaid see, kes ootab et sotsiaalhoolekannet reguleerivas aktis on ära määratletud täpsed kriteeriumid, mille alusel klient peaks käituma ja kuidas teenust osutada, vaid et sotsiaaltöötaja peaks kasutama loovat lähenemist ja mõtlema koos kogukonnaga. Seega DI on eelkõige hoiakute küsimus ja ruumid ning asutused on teisejärgulised, lihtsamad küsimused. Raskem on hoiakute muutmine. Vaja on leida innovaatilisi lähenemisi ja väljaspool raame mõtlemist.* (KM)

Teenuste osutamise laiendamiseks on kõigepealt tarvis tegeleda linna/valla kui elukeskkonna planeerimisega nii, et inimestele oleksid teenused kättesaadavad. Vaja on tegeleda ka ruumide kohandamisega ja personali koolitamisega teenuste osutamiseks. Et tagada teenuste võrdset kättesaadavust, tuleb välja töötada kogukonnas psüühiliste erivajadustega inimestele osutatavate teenuste rahastusmudel, mis toimiks ja oleks jätkusuutlik. *Vaja: ruumid, personal (koolitatud, rahastatud piisavalt), erinevate spetsiifikatega sihtgrupid eraldi, KOV ei suuda kõiki spetsiifikaid katta, pigem koostöö – et sihtgrupid oleksid kaetud. Teenuste võrdset kättesaadavust toetaks teatud keskne juhtimine (et KOVdes pakutakse, kuid rahastus-koordineerimine riigilt vms). Oleks vaja arendada: rahastussüsteem toetavam, teenuste „lehvik“ – et võimalik valida ja suunata jne, KOVdes intervallhooldus – et perekonnad peaksid vastu. Töötamise võimalused – nt kõrgel tasemel kohvikud (kus võimalik erinevatel ametikohtadel töötada).* (TLHA I)

Ressursside vähesuse probleeme psüühilise erivajadusega klientide võimalikult iseseisva elamise, töötamise, õppimise jne toetamisel toovad välja kõik DI protsessiga seotud institutsioonid, sh nii suured kui väiksemad teenuseosutajad ja ka KOV-d.

Ressursside vähesus. 30-le kliendile 2 töötajat ÕE teenusel on ebapiisav, et inimesega oleks aega individuaalselt töötada. Seaduses ettenähtud ressurss on piisav baasvajaduste rahuldamiseks, et

inimene oleks pestud, söönud ja kindlas kohas. Päeva aktiivseks korraldamiseks on vaja kordades suuremat ressursi - tegevusterapeutid, tegevusjuhendajad, rehabilitatsioonspetsialistid. Selleks, et toetada inimese taastumisprotsessi, on vaja individuaalsemat lähenemist, teadlikku juhendamist, võimalusi toetatud tegutsemiseks päris elus (kogukonnas). Töötaja piiratud ressurs on üks peamistest põhjustest, miks ei saa toetust pakkuda tavaelule võimalikult lähedases keskkonnas, väiksemates peredes 3-4 või kuni 7 inimest, mis oleks tavaelule lähedane. Ressursside paindlikkust on vaja rakendada lähtudes konkreetse isiku vajadustest. Puudub nt. ressurs isiku saatmiseks teenusele, kui ta peaks seda vajama, nt tööle või töökohas. 1 töötaja 10 peale toetatud töö puhul võib olla sobilik konkreetse töökohas juhendamiseks, kui oskused juba enam-vähem selged, ent kui pool neist on liikumas avatud tööturule ja nad vajavad sinna saatmist või teatud perioodil kohtadel juhendamist, siis 10-le kliendile 1 töötajast ei piisa samaaegselt. (AS Hoolekandeteenused)

See on suureks riskiks DI protsessi elluviimisel Eestis. Kui juba AS Hoolekandeteenused suure institutsioonina, kus isikud on koondatud et vähendada personali ressursi, leiab ressurside vähesuse olevat DI protsessi elluviimisel suureks riskiks, siis kui palju suureneb ressursi vajadus kui abivajajad hajutada.

Lahendamist ootab sotsiaaleluruumi taotlemise ja saamise teema. Sageli on probleem, et omavalitsus ei anna sotsiaaleluruumi, kui tuleb välja, et inimene on psüühikahäirega. Tuleb ette ka, et sellistel juhtudel peavad sotsiaaltöötajad tugiteenuste saamiseks sahkerdama, sest KOV ei taha võtta psüühikahäirega inimesi sotsiaaleluruumi. Sotsiaaleluruumi saamine on keeruline kadalipp praegu, nt Tartus suunatakse kõigepealt VTHK-sse ja teenusele jõuab inimene suure ajalise nihkega. Väikestes piirkondades pole sotsiaalelamispinda ja KOV ei investeeris sellesse. Sotsiaalpindadel elavad sageli alkoholiprobleemidega inimesed ja taoline keskkond ei sobi psüühilise erivajadusega inimestele. Seega tuleb leida lahendus, et saada sotsiaaleluruum, erinevad majad, et saaks psüühikahäirega inimesi majutada. KOVidel ei ole ressursse, et sotsiaaleluruume rajada. Soovitakse programmide loomist sotsiaaleluruumide ehitamiseks. Siin on probleem, et KOVidel ei ole ressursse, et sotsiaaleluruume rajada. Riik peaks panustama sotsiaaleluruumide programmi.(TVTHK)

Probleeme elamispindade puudusega ja teenuste kättesaadavusega seondult toovad välja ka AS Hoolekandeteenused spetsialistid. *Nt mul on võimalik elada oma kodus ja mul on tugiisik ning vaimse tervise õde, kes mind toetavad või täisealiseks saanud noor teab, et tal on võimalus liikuda oma elu peale, eelduseks, et olemas on neile individuaalsed üüritavad elamispinnad või väiksemad grupikodud, kus on olemas vajalik tugi. Isik saab oma tulevikku planeerida ja ise valikuid teha, sest tal on valikuid. (AS Hoolekandeteenused)*

Juhtumikorralduse teenused oleksid tagatud läbi rehabilitatsioonispetsialistide ja -meeskondade, vajalik on vaimse tervise õdede koolitamine ja vaimse tervise teenuste kättesaadavus elukoha piirkonnas. Töökeskuste loomine on väga oluline, samuti edasine toetus liikumaks töökeskusest toetusega avatud tööturule. Elamispinnad üksi ei piisa, inimesel on vaja mõtestatud päeva, tegevusi, et end vajaliku ja väärtuslikuna tunda. (AS Hoolekandeteenused)

Tegeleda tuleb kogukonna selgitustööga, et tõsta inimeste tolerantsust ja maandada hirme. Infovahetust on vaja ka teenuste kättesaadavuse parandamiseks. Info teenuste võimalustest peab olema samuti avalik ja kättesaadav. *Tegevusjuhendaja: vaja on üldiselt teavitada, et naabrite, tööandjate jne hirme maandada. Hirmu tekitab teadmatust. Toimib: spetsialistid juba tolerantsemad, rühmakodud. Ei toimi: infovahetus; vähene paindlikkus (nt teenuse osutamise tunnimahud kõigile samad), bürokraatia, tolerantsust vähe ühiskonnas ja ka teenuse kasutajate lähedaste hulgas.*

Teenuse kasutaja toob välja, et kogukonnas on puudu taskukohasest eluasemest ja vaba aja veetmise noortepärastest võimalustest. Probleem on selles, et infot on vähe ja ka võimalused on väikesed. *Bürokraatia: kui vaja nt sama tüüpi teenuse osas muutusi teha – nt teise piirkonda. Teenuse kasutaja tunneb puudust: eluaseme vajadus, vaba aja veetmise taskukohased ja noortepärased võimalused, infot vähe (nt haigestumise järel ei saanud infot reh-teenusest). Tugikodu juht: eluasemepoliitika vajab läbimõtlemit. SA: arendada välja nt Hollandi alusel linnakud; strateegiliselt planeerida – tegevusjuhendajate jt spetsialistide koolitus ja seejärel nende motiveerimine jäämiseks (TLHA I).*

Töötukassa spetsialistid toovad intervjuudes välja, et töökohal sildistamise kohta peaks küsima erivajadusega töötaja enda käest. Kui see on omaduselt positiivne ja töötaja ja tööandjate klientide selguse hüvanguks (nt juhised, kuidas aidata, kui vajadus tekib) ja klient on sellega nõus, siis võib olla see asjakohane ja vajalik. *Sildistada või mitte? Kas see on inimese enda nõusolekul ok? Näiteks mõni märk kurdi inimese tähistamiseks, et ei kuule vms – et asutuse külastajad oskaks erivajadusega töötajaga arvestada. (TLHA II)*

Töötukassa tööd tuleb arendada koostöös/kooskõlas erihoolekandesüsteemi arendamisega, muidu pole võimalik lahendada töökohtade saamisega ja tööol püsimisega seotud probleeme.

Oluline on kokku leppida nii selles, mida peaks muuta kehtivas süsteemis, kui ka teenuste rahastamise küsimustes. Kokkulepped peavad olema räägitud läbi kõigi osapooltega ja ka kõigi poolt üheselt mõistetud ja aktsepteeritud. Enne läbirääkimisi ja kokkuleppeid tuleb abivajadus kaardistada, et vajalikke tegevusi prognoosida. *Kui on vaja teenust pakkuda, peab tulema ka rahastus. Üleskutse on üle Eesti kõigile, kuid raha on jaotatud eelistustega ASile Hoolekandeteenused. Abivajadus tuleb kaardistada, et vajalikke tegevusi prognoosida. Siis saab edasi minna. Järjekorrad teenusele on pikad, eriti ööpäevaringsele hooldusteenusele. Eraldi peaks välja selgitama kliendid, kes suudavad toetatud elamisel hakkama saada ning siis vabastada nad ööpäevaringsest hooldusest. (JPIK)*

Rahastusmudelina soovitakse kombineeritud süsteemi, milles oleks baasraha, mis annab stabiilsuse nii inimesele kui ka teenuse osutajale ja tagab teenuse kindla kvaliteedi ja ühtluse Eestis tervikuna. Baasrahale lisanduvad ülejäänud finantseerimisvõimalused, sh finantseeringud KOV-de, perekonna ja muude rahastajate poolt. *Rahastusmudelina on hea, kui on baasraha, mis annab stabiilsuse nii inimesele kui teenuse osutajale (on tagatiseks teenuse osutajale, et tal püsib võimekus oma vahenditest koolitatud spetsialiste palgal hoida ka järgmisel aastal), ülejäänud finantseerimine võiks toimuda siis kombineeritult, KOV + perekond + muud võimalused. Ühtne rahastusmudel on vajalik, et tagada raha investeringuteks, et kogukondades teenused välja arendada. Ilma teenusteta ei saa psüühikahäirega inimesed kogukonda minna. Vaja on raha investeringuteks, et teenused välja arendada. Ilma teenusteta ei saa psüühikahäirega inimesed kogukonda minna. (JPIK)*

Ollakse muudatuse poolt, et 1. jaanuarist kaob rehabilitatsiooniplaani nõue teatud teenustele (TTT-töötamise toetamine, TET- toetatud elamine, KET- kogukonnas elamine) ja et teenusele saab psühhiaatri suunamiskirja alusel suunata SKA juhtumikorraldaja. (JPIK)

Seoses DI protsessiga on vajalik kättesaadavaks teha kogukonnas elamise teenus. Kohtadel on olemas inimesed, kes on huvitatud selle teenuse osutamisest, kuid puuduvad teadmised ja oskused, samuti pole õigeid regulatsioone, kuidas seda üleval pidada ja kogukonnas käigus hoida. *Kogukonnas elamise teenust peaks Pärnumaal kindlasti arendama, sest vajadus selleks on. Vaja on maja, mis oleks elamiseks sobiv. On soov alustada ühe majaga ja siis edasi minna. Inimesed on huvitatud, kuid maja käivitamine on raske. Pole teadmisi ja õigeid regulatsioone, kuidas seda üleval pidada ja kuidas seda maja käigus hoida.*

Tööandjad on huvitatud toetusmeetmetest. Soovitakse süsteemset, õigeaegset ja kättesaadavat infot, mentorit tööandjale, koolitusi vahetutele juhtidele, tunnustusi ja kvaliteedimärki, mis motiveeriks. Tööandjad soovivad võimalust, et nad saaksid inimesi kaaasata renditööjõuna.

Eeltoodud lahendused on paindlikud ja erivajadusi arvestavad. Samas tõdetakse, et DI protsess tugineb siiski missioonitundel, seda käsitletakse panusena ühiskonda. *Toetusmeetmete ja motiveerivate meetmete infot ühest kohast ja selgelt (vähem bürokraatiat). Mentor tööandjatele, kellel ei ole kogemust/on kogemus; koolitused vahetutele juhtidele; hoiakute kujundamine; tunnustused/kvaliteedimärgid (nt riigihangetele/hangetele kandideerimisel annaks eelise); tugineb siiski missioonitundel (panus ühiskonda). Seda tuleks tunnustada ja anda vastupanus (nt maksusoodustuste kujul); paindlikud ja erivajadusi arvestavad lahendused (nt osaline tööaeg vms); tugevustele suunatus (nt märgata, et inimene on töötamiseks motiveeritud jne); renditööjõuna (et tööandjal oleks kindlus – nt kui kogemusi veel ei ole).* (TLHA II)

Ettevõtjad arvavad, et omavalitsus võiks selliseid ettevõtteid märgata ja tunnustada. Soovitakse kasutada ka ettevõtte stardipaketiga toetamist juhtudel, kui alles alustav ettevõte otsustab rakendada psüühilise erivajadusega töötajaid. *Võiks olla ettevõtja stardipakett, meeskond, inimene. 1-2 inimese puhul ei ole juhendajat vaja, suurema hulga puhul küll.* Ettevõtjad soovivad saada ka turvatunnet juhtudeks, kui töötaja tervis halveneb. *Võiks olla ka kriisiplaan, kuidas turvata inimest, kuidas märgata töötaja abivajadust, kui see tekib, millised on ohu allikad.. Mingisugune struktuur võiks ikkagi olla, et kui midagi hakkab juhtuma. Ise ei oska seda märgata. Ohuallikat. Pigem annavad oma probleemidest teada need, kes on otse keskkonnateenuste palgale tulnud sealt rühmast.* Võiks olla memod, sellised, mida teha, kui midagi juhtub, tasakaaluhäired liinitööl näiteks. (TVTHK)

Muudatusettepanekute kohta Eesti erihoolekandesüsteemi arendamiseks ja psüühilise erivajadusega isikute kogukonda integreerimise soodustamiseks võib välja tuua järgmist.

Erihoolekandesüsteemi on vaja arendada terviklikult ja koos seonduvate teenustega (nt Töötukassa teenused, eluaseme võimalused, tervishoiu- ja haridussüsteem jne). Nii erivajadusega inimesed kui ka tööandjad vajavad motiveerivaid ja hõlpsalt rakendatavaid toetusmeetmeid, mis lähtuvad regiooni vajadustest ning on kättesaadavad ja võimaldavad psüühikahäirega inimestel astmelist liikumist institutsioonist kogukonda ja vajadusel tagasi. Oluline on seejuures bürokraatlike mehhanismide ja nõuete minimiseerimine ja paindlikkus. Tähtis on näha inimest tervikuna – lisaks eluasemele ja tööle vajab ta ka seltsielu ja taskukohaseid vaba aja veetmise võimalusi, need võiksid olla võrdselt kättesaadavad kõikidele kogukonna liikmetele. Keskkel kohal teenuste arendamisel on kõikehõlmav koostöö KOV-de, valdkondade, institutsioonide, spetsialistide ja kliente esindavate organisatsioonide vahel.

5. Ettepanekud teenuste struktuuri, juhtimise ja korralduse süsteemi, jätkusuutliku rahastamise mudeli, õigusraamistiku, erinevate tasandite ja sektorite vahelise koostöö ja integratsiooni (sh tegevuste elluviimiseks ja teenuste rakendamiseks) optimeerimiseks, et tõhustada Eesti erihoolekandesüsteemi

1) Välja töötada selge süsteem puuetega laste toimetuleku toetamiseks. Erivajadusega laste ja noorte DI küsimus on, mis saab lapsest edasi peale lapsepäevahoiu teenuse saamist. See valik on pere jaoks äärmuslik. Kui peale õppimist ja teenuse saamist peab minema hooldekodusse, siis on see nii lapse kui ka pere jaoks tagasiminekuks, lapsest tuleb loobuda, ta peab minema hooldekodusse. Küsimus on, kuidas peret aidata et laps oleks kodule lähemal? *Nt võiks noortekodude juures olla omaette osakond, kus on võimalik vajadusel lisaks saada ka hooldust. See on vajalik eriti liitpuudega noorte puhul, kus nad vajavad 18+ päevahoiuteenust, hooldust ja ka abi hügieenitoimingutel.* (JPIK) Eraldi teemana

joonistus intervjuudest välja täiskasvanud last kodus toetavate perekondade probleem – noort inimest on vajalik „deinstitutionaliseerida“ kodust kogukonda.

2) Välja töötada koostöömudel, et teha kogukonnas koostööd psüühilise erivajadusega klientidele teenuste osutamisel ning valdkondade, institutsioonide, teenuse osutajate, klientide ja neid esindavate organisatsioonide vahel. Mudelis peaks määratlema koostöö tegemise vormid ja tasandid, et kõigile osapooltele oleks selge nende roll selles. Olulised märksõnad on siin kaasamine, hoiakud, kommunikatsioon, võrgustikutöö, heade koostöömudelite tutvustamine. (JPIK; JTK)

3) Luua seadusandlikul tasandil regulatsioonid, mis eeldavad ja soodustavad valdkondade vahelist koostööd ning tõhustavad võrgustikutööd valdkondade spetsialistide tasandil (nt meditsiin ja haridus) nii teenuste osutamisel kui ka arendamisel. Samuti tuleb luua valdkonnaülesed teenused (nt kriisimeeskonnad, kus töötavad nii ravipersonal kui ka sotsiaaltöötaja). Siis saab teha koostööd tulemuslikumalt ja suunata kliente õige abi juurde. *Täna töötab karjäärinõustaja koos juhtumikorraldajatega. Kui kliendil on probleeme, suunatakse ta psühholoogilisele nõustamisele. Psühholoog suunab vajadusel psühhiaatri juurde. Töötukassa keskkontor sõlmib lepingud erinevate teenuseosutajatega, kellega tehakse koostööd. Võrgustikutöö on vähehaaval juba hakanud toimima, välja on arendatud teenused, kuhu vajadusel kliente suunata, selle taga on teenuse finantseerimine, et saaks aidata erivajadusega kliente tööle.* (JPIK; JTK)

4) Tööandjatele tuleb luua seadustega soodustusi, tõsta nende motivatsiooni ja teha teavitustööd osajaga töötajate tööle võtmiseks. Töötukassa ja KOV-de koostöös tuleb tööandjaid kaasata ja koolitada. Nad ei tea võimaluste ja soodustuste kohta, mis kehtivad erivajadusega inimeste tööle võtmisel ja nad pole huvitatud ka osajaga töötajate tööle võtmisest maksusoodustuste alusel. *Tööandjad pole huvitatud maksusoodustuste alusel osajaga töötajate tööle võtmisest, sest kahe inimese tööle võtmisel on topelbürokratia ja topeltvastutus, mida ei soovita võtta. Seetõttu on kergem palgata üks inimene, kuid psüühilise erivajaduse puhul on tuleb just luua ja saada töökohti osajaga töötamiseks, et arvestada inimeste võimetega ja tervisega. Tööandjatele on vaja teha rohkem soodustusi, et nende motivatsiooni kasvatada. Nt eraldi soodustused juhtudel, kui võetakse tööle kaks inimest poole kohaga, sest inimesed pole võimelised täisajaga töötama. Töötukassa hakkab 2016. aastast koolitama ja nõustama tööandjaid, seda just erivajadustega inimeste tööle võtmisel, nendega suhtlemisel.* (JTK)

5) Töötukassa töös on kesksel kohal juhtumikorraldaja pädevus, et tagada piisav tugi psüühilise erivajadusega inimestele. Juhtumikorraldaja tegevusteks on tööle saamise eesmärgi selgitamine, kliendi motiveerimine, kliendi ja tööandja eelarvamuste ja hoiakutega tegelemine ning inimesele pakutava töö tutvustamine enne tema tööle rakendamist, et aru saada selle sisust ja aidata kliendi nõustamisel välja tuua asjaolud, mis talle sobivad või siis ei sobi. *Oluline on iga kliendi teavitamine sellest, mis on tööle saamise eesmärk, et motiveerida töötajat. Kes väga tahab, saab tööd. Kui töö ei meeldi, leitakse põhjendusi, miks mitte töötada. Kui hüvitised on kõrged, siis tööle ei taheta minna. Hoiakud määravad. Vaja on hoiakutega tegeleda. Mis tähendab, et teatud klientide puhul on tööle saamise aeg pikem.*

Vaja on kindlasti seda, et juhtumikorraldaja tutvuks erivajadusega inimesele pakutava tööga enne tööle rakendamist, et aru saada selle sisust ja aidata kliendi nõustamisel välja tuua asjaolud, mis on talle sobivad või siis mitesobivad. See koostöö on vajalik, et vältida klientide läbipõlemist ja nende tervise halvenemist.

Kindlasti on vaja töötada inimeste eelarvamustega. Käesoleval ajal rakendatakse proovitöö teenust, mis tähendab üht päeva töötamist ja tulemuse hindamist tööandja poolt. Sellele tuginedes saab

paremini läbi rääkida töötingimuste osas. Vajalikud on osalise tööajaga töölepingud ja töölepingud tugiisikuga töötamiseks. (JTK)

6) Tõhustada tuleb tööharjutusteenuste ja teiste teenuste hangete korraldamist, et osataks kujundada ja hinnata teenuste sisu, kujundada nende hindu, välja valida tehniliselt tugevad ja õiglased, kuid mõistliku hinnaga pakkumised. Järele valveata tuleb teenuste osas, mis on pakkumise kaudu välja valitud ja osutatud. *Hinnata täpne teenuse sisu ning vastavalt sellele kujundada ühtlane teenuse hind (nagu hoolekandeteenustel). Teenuse hind võib erinevate eesmärkidega tööharjutuste puhul olla erinev – sõltub sellest, millised on kulutused konkreetsele grupile seatud eesmärkide täitmiseks (hoolekandeteenuste puhul on igal liigil oma hind ja eesmärgid); hankes (raamhangete sõlmimiseks) võtta aluseks hankija kehtestatud tingimused ja nõuded meeskonna, töö sisu, ruumide, töökodade ja töövahendite, samuti töötingimuste ja meetodite kohta. Raamlepingud (kuni 4 aastat) sõlmida pingerea alusel ja kõigiga, kellele on väljastatud tegevusload. Kui tegevusluba on väljastatud kindlale organisatsioonile, konkreetsetele ruumidele ja kindlale meeskonnale, välistab see olukorra, et organisatsioon saab suvalises kohas tööharjutusteenuseid osutada. (JPIK)*

7) Spetsialistide hinnangul on vaja kohandada ja täpsustada eestkoste seadmisega ja selle täitmisega seotud seadusandlust. Halvasti on reguleeritud inimesele eestkoste seadmine juhtudel, kui on tegemist teenuse vahetamisega ööpäevaringselt muule. Probleem on piiri seadmine inimese ja spetsialistide arvamuse vahel – seda inimese heaolu huvides. *Seadusandluse auk seonduv eestkostega. Halvasti on reguleeritud eestkoste seadmine juhtudel, kui on tegemist teenuse vahetusega ööpäevaringselt teenuselt muule. Kui inimene ise nõus pole, kuid spetsialistid näevad vajadust, siis peale jääb inimese arvamus, kuigi tema seisund sellega seonduvalt halveneb. Probleem on piiri seadmine inimese arvamuse ja spetsialistide arvamuse vahel – seda inimese heaolu huvides. Selles osas on suured käärid ja inimese arvamus on aluseks. Küsimus on, miks see eestkoste siis üldse vajalik on, kas ainult majandusküsimuste ajamiseks? (PHPP)*

8) Lahtirääkimist vajavad ka nende erivajadustega isikute teemad, kelle eestkostja on KOV. Tarvis on täpsemalt määratleda KOV roll eestkoste täitmisel. *Lahtirääkimist vajavad ka nende erivajadustega isikute teemad, kellele on seatud eestkoste. Küsimus on, kust jooksevad piirid kaasamisel. Eriti keeruline on nende klientide puhul, kelle eestkostja on kohalik omavalitsus. Omavalitsused näevadki end sageli vaid majanduslike ja juriidiliste otsuste tegijana ning muude eluliste valikute osas tihti ei oska (puuduvad teadmised) oma rolli näha ega ka täita. (KK)*

9) Finantseerimise osas on spetsialistid seisukohal, et individuaalne eelarve kõikide klientide puhul ei pruugi toimida, sest kõik pole oma iseärasuste ja individuaalse võimekuse tõttu selleks valmis. Ohukohana nähakse, et inimene valib meeldivama (näiteks massaaži ja spaa-võimalusi sisaldava), mitte tema vajadustest lähtuva teenuste paketi. *Inimesed ei saaks sellest aru ja raske on selgitada, mis ja kuidas käib. Klient ei oska ise jälgida, mis ja miks ta saab ning ei teadvusta seda, kes rahastab. (PHPP)*

10) Teenuste osutamisel on oluline kvaliteet ja avalik konkurents teenuste osutajate vahel. Vaja on liikuda suunas, kus Töötukassal on terves Eestis koostöövõrgustik, et nende motivatsiooni kasvatada. See motiveeriks teenuse osutajaid rohkem panustama ja investeerima. Konkureerimise tingimused rahastuse taotlemisel peaksid toetama väiksemaid loovate ja kogukonna spetsiifikat arvestavate lahenduste pakkujaid, mitte neid pärssima. *Teenuste osutamisel peaks andma töötutele valikuvõimaluse, kelle juures nad soovivad tööharjutust läbida (nagu toimib valikuvabadus hoolekandeteenuste saajatel). Selline valikuvõimalus annab hea tagasiside ka hankijatele, sest üldjuhul viletsa teenuseosutaja juurde minna ei soovita. Iga teenuseosutaja kohta peaks Töötukassas olema kirjeldav infoleht, millega saab töötu soovi korral tutvuda. Samuti välistab see olukorra, et asutus, kellel puuduvad vajalikud tingimused ja võimekus teenuse osutamiseks, saab osaleda*

töõharjutuste hangetes. Praegu on kahjuks olukord, kus paljud teenuseosutajad osalevad hangetes valimatult ning võivad madalaima hinna alusel. (JPIK) Toimiv teenuseosutajate võrgustik peaks olema ka kogukondades, et tagada teenuste jätkusuutlikkus ja organisatsioonide stabiilsus.

Peamiste ettepanekutena teenuste struktuuri, juhtimise ja korralduse süsteemi ning erinevate tasandite ja sektorite vahelise koostöö ja integratsiooni optimeerimiseks võib välja tuua järgmist.

Et tõhustada Eesti erihoolekandesüsteemi, tuleb välja töötada ja rakendada koostöömudel (sh sotsiaal-, tervishoiu-, haridus- ja korrakaitsevaldkond), mis toetaks kogukondade võimekuse kasvu, sh vajalike teenuste väljaarendamist ja motiveeriks kogukondi olema solidaarne, tolerantne ja hooliv. Seejuures on tarvis pöörata tähelepanu kogukondades toimivate teenuseosutajate tegevuse toetamisele ja spetsialistide koolitamisele.

Teenusehangete puhul on oluline hinnata kvaliteeti, jätkusuutlikkust ning jälgida, et loovate lahenduste pakkumisel oleks võrdne konkureerimisvõimalus ka väiksematel teenusepakkujatel. Rahastussüsteem peaks olema paindlik ja jätma võimaluse kombineerida erinevaid rahastusi omavahel, sh riigi baasraha, KOV-de raha, eraannetused, sotsiaalfondide finantseeringud, isikute omaosalus jmt. Vajalik on „raamidest väljapoole“ mõtlevate lahenduste leidmine kliendi vajadustest lähtudes.

6. Optimaalse korralduse rakendamisega seonduvad mõjud riigieelarvele (sh halduskoormus riigile ja kohalikule omavalitsusele), kehtivale seadusandlusele (sh Euroopa Sotsiaalfondi, riigihangete nõuded) ja psüühilise erivajadusega inimeste iseseisvale toimetulekule

Deinstitutsionaliseerimisega seotud õigusküsimuste kohta tõi ekspert välja, et kuigi uurimuse läbiviimisel olid puuetega inimeste DI-ga seotud õigusalsed küsimused sihtgrupile esitatud küsimuste osa, jäi vastukaja õigustemaatikale väga tagasihoidlikuks.

Eestis nimetati peamiselt vajadust täpsustada eestkoste seadmise ja teovõime piiramisega seotud õiguslikku regulatsiooni. Samas on need tähelepanekud üldise iseloomuga ning ei ole selge, milline on probleemide täpsem olemus. Positiivsest aspektist tõsteti esile võimalust osaleda seadusloome aruteludes, kuid puudub teave, kas osalemine viis ka konkreetsete tulemusteni õigusnormide sõnastuses.

Rahvusvaheliselt tõsteti esile, et riikide seadusandlus lähtub rahvusvahelistest õigusaktidest – ÜRO Inimõiguste Ülddeklaratsioonist ja Puudega inimeste õiguste konventsioonist (mõlemad õigusaktid on Eestile siduvad ja osaks Eesti õigusruumist). Samas ei selgu rahvusvahelise uuringu kaudu, millised siseriiklikud õigusprobleemid on peamiseks kitsaskohtadeks puuetega inimeste tõhusal deinstitutsionaliseerimisel.

Eelnevast tulenevalt võib Eestis läbi viidud uuringu põhjal teha järelduse, et DI-ga seotud ametiisikud ja ka erinevate organisatsioonide esindajad kas ei mõista või ei pea oluliseks õigusküsimuste tähtsust DI edukal teostamisel või ei oska selles kaasa rääkida. Tundub, et tähelepanu fookuses on peamiselt korralduslikud ja majanduslikud küsimused, kuid peamine – eesmärk tagada isikute põhiõigusi – jääb tahaplaanile. Samas on Puuetega inimeste õiguste konventsiooni artikli 1 esimese lause kohaselt konventsiooni eesmärk edendada puuetega inimeste inimõiguste ja põhivabaduste täieliku ja võrdse teostamise võimalusi. Isegi kui eeldada, et inimõiguste tagamise üldine eesmärk on ka kõigi praktiliste tegevuste kavandamise ja probleemide lahendamise 'tunnetuslik' põhieesmärk, võib toetudes rahvusvahelisele kogemusele sotsiaal-majanduslike õiguste (nn teise generatsiooni põhiõigused) tagamisel väita, et disproportsioon deklareeritud eesmärkide ja nende eesmärkide praktilise saavutamise vahel on suurem kui teiste (nn esimese generatsiooni) inimõiguste puhul.

Käesoleval ajal puudub selgus, milliseid muudatusi tuleks teha deinstitutionaliseerimise läbiviimise käigus Eesti seadusandluses. Nende muudatuste eesmärk on tagada rahvusvaheliste kohustuste täitmine, millised Eesti on võtnud seoses puuetega inimeste õiguste ja põhivabaduste kaitsega ning luua toetav siseriiklik raamistik toetusüsteemi toimimiseks. Seotud õigusaktide ring on ilmselgelt ulatuslik ning puudutab tööseadusandlust, võlaõiguslikke suhteid, eestkoste seadmist ja teovõime piiramist, samuti peresuhteid ja finantsküsimumisi. Detailsem õiguslik analüüs on võimalik alles seejärel, kui on kokku lepitud DI sotsiaalsed eesmärgid ja põhimõtted – lähtuvalt doktriinist, et mitte õiguslik regulatsioon ei pea kujundama ühiskondlikke suhteid, vaid õiguslik regulatsioon peab toetama ühiskondlikke arenguid.

Meie soovitus on kaaluda täiendava ülesandena õigusliku analüüsi läbiviimist DI-ga seotud õigusaktide osas aspektist, kas soovitud sotsiaalsete eesmärkide saavutamiseks oleks vajalik muuta või täiendada olemasolevat seadusandlust ning kui jah, siis millises osas ja kuidas. Selline analüüs kaardistaks seotud õigusaktid, seejärel analüüsiks võimalikke probleeme puuetega inimeste õiguste tagamisel seoses DI-ga ning teeks ettepanekud õigusliku regulatsiooni osas. Koostööd selle ülesande täitmisel tuleks teha inimõiguse ja põhivabaduste kaitsega seotud institutsioonidega, sh põhiseaduslike institutsioonidega – nt Õiguskantsler ja Riigikohus, samuti erivajadustega inimeste ja teenuseosutajate esindusorganisatsioonidega. Vaja on tõhusamat järelkontrolli hangete osas (just sisu) osas, et teenuse osutamise õiguse saaksid kvaliteetsed ja DI printsiipidest lähtuvad teenuseosutajad ning teenusega kaasneks ja tulemuste osas järgneks sisu ja kvaliteedi kontrollimine. (JPIK)

Käesoleva projekti raames on läbi viidud **DI protsessiga seotud tulu-kulu analüüs erihoolekande teenuste kulumudelina SA Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskuse näitel** (vt lisa 9), **samuti on arvestatud isiku tasandil kulusid ja tulusid eri teenuseid kasutavate klientide kohta** (Vt lisa 10 ja Exceli failina esitatud lisa). Kulude arvestamisel on arvesse võetud Riigikogu 25. novembril 2015 vastu võetud Töövõimetoetuse seaduse muudatust⁸⁶, mille kohaselt lükatakse tööhõivereformi elluviimise algusaeg 1. juulile 2016 (algselt 1. jaanuar 2016), muuhulgas johtuvalt rakendusaktide koostamise vajadusest, on analüüs läbi viidud praegu kehtiva õigusruumi (sh töövõimetuspensiooni arvestamine, toetuste määr) alusel.

Erihoolekande teenuste kulumudeli koostamisel SA Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskuse näitel on arvestatud kolme erihoolekande teenuse kuludega, mida SA osutab nii intellektipuude kui psüühikahäirega teenuse kasutajatele. Enamus teenuse kasutajatest elab koos oma perekonnaga või isiklikus eluruumis, osad teenuse kasutajad elavad kohaliku omavalitsuse sotsiaalpindadel. Teenuse kasutajad ei ela ühiskorterites või koos personaliga.

Sotsiaalhoolekande seaduse ja ministri määruse alusel kattis riik 2015. a teenuse kulud isiku kohta järgmiselt: igapäevaelu toetamise teenus maksumusega 101 eurot kalendrikuus, töötamise toetamise teenus maksumusega 83 eurot kalendrikuus ja toetatud elamise teenus maksumusega 157 eurot kalendrikuus. Lisaks on KOV kohustatud katma IET ruumide ülalpidamiskulu.

⁸⁶ Töövõimetoetuse seaduse muutmise ja sellega seonduvalt teiste seaduste muutmise seadus 84 SE. (2015). Riigikogu, 25.11.2015. URL: <http://www.riigikogu.ee/tegevus/eelnoud/eelnou/1c7f8f0b-4e0e-4707-8afa-e76df6e546fe/T%C3%B6%C3%B6v%C3%B5imetoetuse%20seaduse%20muutmise%20ja%20sellega%20seonduvalt%20teiste%20seaduste%20muutmise%20seaduse%20eel%C3%B5u%20%2884%20SE%20II%29/> (25.11.2015).

Koostatud kulumudeli aluseks on isikule teenuse osutamise kulud. Teenuseid osutatakse olemasoleval teenuskohal, investeringuid või muid teenuskoha loomiseks vajalikud kulutusi teenuse hinnas ei kajastu.

Kulumudeli aluseks on 2015. a teenuse osutamisega seotud kulude jaotumine. Kulud on jaotatud kaheks, otsesed teenuse osutamisega seotud kulud ja kaudsed teenuse osutamisega seotud kulud. SA osutab lisaks erihoolekande teenustele ka muid sotsiaalteenuseid. See on aluseks jaotusele, sh juhtimisega seotud kulude seotus teenuse osutamisega on hinnanguline.

IET teenuse majandamiskuludes kajastuvad ka teenuse osutamiseks vajalike ruumide ülalpidamiskulud, Toetatud elamise teenuse eluruumide rendid ja kommunaalmaksud kuludes kajastatud ei ole. Personalikulud moodustavad 78-95% teenuse kogukuludest, mõjutades enim teenuse kulusid isiku kohta. Praegune finantseerimissüsteem seab teenuse osutajale otsese kohustuse personali arvu osas teenuse kasutaja kohta üks töötaja kümne teenuse kasutaja kohta.

Administreerimiskulud sisaldavad side ja bürookulusid. Igapäevaelu toetamise teenuse majandamiskulud moodustavad teenuse osutamisega seotud ruumide ülalpidamiskulu, sh kütte, elekter, vesi. Toetatud elamise teenuse majandamiskuludes kajastuvad eluruumide sisustamise ja remondiga seotud kulutused. Igapäevaelu toetamise teenuse muud klienditegevuse kulud on seotud päevase huvitegevuse organiseerimise ja vahendite soetamise mksumustega.

IET teenuse vahe -19.26 eur kaetakse kohaliku omavalitsuse toetusest. Toetatud elamise teenuse tulust finantseeritakse kaitstud töökohti.

Olemasoleva finantseerimissüsteemi edasiarendus peaks suurendama teenuse seost teenuse kasutaja abivajadusega. Heaks näiteks on rehabilitatsioonisüsteemi ümberkorraldus, kus teenuse vajadust eelnevalt hinnatakse ja rehabilitatsiooni finantseerimise suurus sõltub hinnatud vajadusest. Kehtivad nõuded personali arvu ja teenuse kasutaja suhte osas seavad rahastamisele ja ajalisele teenuse osutamisele piiranguid. Õigust otsustada teenuse ajalise kestuse ja toetuse suuruse üle ei ole ei teenusele suunajal, finantseerijal ega osutajal. Finantseerimismudeli ümberkorraldamisel ei tuleks siiski lähtuda teenuse osutajale esitatud nõuete vähendamisest, vaid liikumisest suunal, kus rahastamine on seotud abivajaduse ja ebaregulaarse käitumise kompenseerimise, mitte teenusega.

Isiku tasandil kulude analüüsimisel ilmnes, et riigi kulude seisukohalt on psüühilise erivajadusega, aga töötav isik vähima rahalise koormusega, kuna ta on ka maksumaksja. Samas oleks ka mittetöötavale iseseisvalt igapäevaeluga toime tulevale psüühilise erivajadusega inimesele mõistlik võimaldada iseseisev (vajadusel toetatud) elamine, nt deinstitutionaliseerimise järel esmalt võimaldada inimesele korter sotsiaalmajas, sotsiaalpind vms. Seal on olemas igapäevane sotsiaalne toetus ja selle kulukus jääb allapoole institutsionaalselt hooldust.

Analüüsis on arvesse võetud eelkõige otsesed (universaalsed) kulud (toetused, maksud) ning tulud (töötasu, maksud). Analüüs on ligilähedane, kuna osa hüvitisi (selektiivsed) eeldavad isiku ja/tööandja enda taotlust, samas pole riigi kulusid alahinnatud ning isiku tulusid ülehinnatud. Tulu-kulu analüüs on tehtud isiku tasandil aasta ja kolme aasta kohta arvestades järgmisi tunnuseid: 1) Sotsiaalmajas omaette (tuba, miniköök ja dušinurk) elav ja mittetöötav erivajadustega inimene vajab lisaks pensionile toimetulekutoetust (KOV); 2) Sotsiaalmajas omaette (tuba, miniköök ja dušinurk) elav ja mittetöötav erivajadustega inimene, kes vajab lisaks pensionile toimetulekutoetust (KOV); 3) Kolm inimest, kes elavad nelja-toalises korteris, kolmest üks on teenuste arvutuses töötava inimesena ja kaks

mittetöötavatena (neile pole arvestatud toetatud töötamise teenust); 4) 10 elanikuga maja, kus elavad toimetulekutoetust ja rahvapensioni saavad inimesed. Täpsemad arvutused on esitatud lisas. Samas, väga täpselt on isikupõhiselt raske tulusid-kulusid analüüsida, sest psüühilise erivajadusega inimese puhul on tervislikku olukorda tulevikus keeruline prognoosida, sest töövõime ulatus ning toetuste ja teenuste vajadus võib alati muutuda.

Kokkuvõtvalt võib optimaalse korralduse rakendamise seonduvate mõjude kohta riigieelarvele, kehtivale seadusandlusele ja psüühilise erivajadusega inimeste iseseisvale toimetulekule öelda järgmist.

DI-ga seotud ametiisikud ja ka erinevate, sh teenuse osutajate ja teenuse saajate esindusorganisatsioonide esindajad pole piisavalt tõstatanud õigusküsimuste tähtsust deinstitutionaliseerimise edukal teostamisel. Tähelepanu fookuses on peamiselt korralduslikud ja majanduslikud küsimused, kuid peamine eesmärk - tagada isikute põhiõigusi - on jäänud tahaplaanile. Kuna DI puudutab mitmeid õigusakte, sh tööseadusandlust, võlaõiguslikke suhteid, eestkoste seadmist ja teovõime piiramist, samuti peresuhteid ja finantsküsimusi, siis protsessi edukaks läbiviimiseks on vajalik detailsemalt analüüsida õigusakte. Alles seejärel on võimalik edasi liikuda kokku lepitud DI sotsiaalsete eesmärkide ja põhimõtete suunas.

Riigi kulude seisukohalt on psüühilise erivajadusega, aga töötav isik vähima rahalise koormusega, kuna ta on ka maksumaksja. Samas on ka mittetöötavale iseseisvalt igapäevaeluga toime tulevale psüühilise erivajadusega inimesele ratsionaalne võimaldada iseseisev elamine, nt deinstitutionaliseerimise järel esmalt võimaldada korter sotsiaalmajas/sotsiaalpinnal, kus on olemas võimalikult iseseisvat elamist, sh töötamist, õppimist, sotsiaalseid suhteid ja kogukonnas toimimist tagav toetus. Taoline igapäevane toetus jääb kulukulusele allapoole institutsionaalsele hooldusele minevatele kuludele, toetab jätkusuutlikku lahenduse leidmist ning DI printsiipe ja võrdsete võimaluste tagamist.

7. Lahendused koostöö tõhustamiseks (sh vastutuse jaotus) erinevate institutsioonide ning osapoolte vahel (sh psüühilise erivajadusega erihoolekandeteenust saav isik, riik, kohalik omavalitsus, erihoolekande teenuse osutaja, rehabilitatsiooni teenuse osutaja)

Suured teenuseosutajad Eestis rõhutavad, et koostöö tõhustamiseks institutsioonide ja erinevate DI protsessi osapoolte vahel, et kogukonnapõhine toetus toimiks on vajalik:

- Kaasata isiku ellu eeskostjaid/KOV, kuigi selles osas on puudu ressursist, kes inimestega tegeleks. *Pooltel juhtudel jääb kontakt ebapiisavaks, kuna KOV-id kus on palju eestkostetavaid, ei ole töötaja ressursi selleks, et teenuseüksusesse kohale tulla, teenusel olevaid kliente nägu pidi teada või nende elus kaasa rääkida. KOV-idesse tuleks suunata lisaressurssi spetsialisti-töötaja näol.*
- *Koolitada tugiisikuid, vaimse tervise õdesid, kes töötaksid nt toetatud töö või töökeskustes ja pakuksid tuge teenusel olevale isikule individuaalsemaks eluks kogukonnas*
- *Rahastus peaks olema jagatud kolmeks, riigilt teenusepakkujatele teenuste olemasolu tagamine, KOV-maksab realselt teenusel oleva isiku teenuse eest ja isik tasub ise oma elamiskulud (üüri, toit, ravimid). (AS Hoolekandeteenused)*

1) DI protsessi edasiarendamisel on probleemiks kogukonna ebapiisav valmisolek ja vähene teadlikkus ning seetõttu tuleb DI-st rohkem rääkida – mis see on, keda see puudutab ja kuidas institutsioonid ja KOV-d sellega seotud on. Kaasamist ja teavitamist vajavad kõik osapooled, sh tööandjad, teenuse osutajad, KOV-d, psüühilise erivajadusega inimeste õiguste eest seisvad

organisatsioonid, kogukonna liikmed. *Tööandjaid on vaja kogu DI protsessist ja klientide erivajadustest rohkem teavitada.* (JPIK, JTK)

2) DI protsessis on kaitstud tööteenuste kättesaadavus ja valmisolek teenusel osalemiseks peamisteks küsimusteks, selles osas on vaja klientide motivatsiooni tõsta. Oluline on hoiakute muutus, mis julgustaks puudega inimesi tööle minema, samuti töö puudega laste vanematega, et nad julgeksid lubada oma täiskasvanud lastel iseseisvuda. Vaja on laiendada juhtumikorraldajate koostööd pereliikmetega. *Kõik ei taha tööd teha ja poevad tervise taha. Inimeste töövõime on väike ja palk on madal. Nt on ette tulnud mitmeid kurtummasid, kes käivad praktikal ja siis loobuvad väikese palga pärast. Kardetakse ka liigset riski ja sellega seonduvat tervise halvenemist, nt pereliikmed võivad ka nõustada, et ära mine tööle, sest midagi võib juhtuda. Vanematel on vastutus ja nad ei julge lastel iseseisvuda lasta. Need on teatud mõttes sõltuvussuhted, kuni selleni, et lähedane isik võib takistada tööle minekut kartuses, et midagi võib juhtuda. Otsustatakse noore inimese eest ja seda on Töötukassas mitmel korral olnud märgata ning sellest on kahju. Tulevikus püüavad juhtumikorraldajad hakata tegema rohkem koostööd pereliikmetega.* (JTK)

3) Lahendamist vajavad mitmed koostöös tehtavad tegevused, nt inimese tööle ja sealt tagasi jõudmine, mida saab otsustada vaid Töötukassa ja KOVde koostöös. Koostöös tuleks lahendada ka tööandjatest teavitamine, nende võimaluste reklaamimine. *Tööandja ja Töötukassa poolt vaadatuna on töötaja ülesanne saada tööga hakkama. Kuidas ta tööle ja tagasi saab, pole Töötukassa asi. Ta aitab lepingute, selgitustega, toetab tugiisikut vastavalt lepingule. Kui tugiisiku roll kaob, siis tööandja koormus suureneb ja tekivad probleemid.*

Tööandjaid ja töötajaid on Ida-Virumaal vähe ja terve koormus suur. Tööandja üritab väikeste kulutustega hakkama saada ja pole huvitatud oma võimaluste reklaamimisest. Tööandja ei näe reklaamist kasu, sest käive sellest ei muutu, turg regioonis on väike ja ostujõud madal. (JTK)

4) Et kogukonnapõhine toetus psüühikahäiretega inimestele toimiks, seda nii õppimise, elamise, vaba aja, töötamise kui ka muudes eluvaldkondades, peavad erinevad valdkonnad, sh sotsiaal-, tervishoiu-, haridus- ja justiitsvaldkond tegema koostööd. *Sotsiaal-, tervishoiu-, haridus-, justiitsvaldkond peavad tegema koostööd. Nt et kiirabi ja psühhiaatriline arstiabi oleks hästi kättesaadav. Seda koostööd peavad vajalikuks kõik teenuste osutamise osapooled, sh kliendid, teenuse osutajad, kohalik omavalitsus ja Töötukassa spetsialistid. Eriti rõhutatakse koostöö vajadust tervishoiu, sotsiaalhoolekande ja rehabilitatsiooni valdkondades. Tõhusam koostöö võimaldaks teenuste osutamist optimeerida ja kliente paindlikumalt toetada. Reh-teenuse juht: meditsiini-sotsiaali koostöö väga oluline, et pääseks arsti juurde (vastasel korral mure süveneb). Ja sõltuvusprobleemidega noored vajavad teenust (on päevaselt 6. osakond, kuid ei ole piisav). Info liikuma. Arusaam ühistest eesmärkidest (nt meditsiin ei saa sotsiaalita hakkama, kuid meditsiin sotsiaali enda juurde ei taha). Meditsiini-sotsiaalsüsteemi koostöö. Eluasemepoliitika (ei ole toetav). Tööle saamist toetavad meetmed. Mustamäe KOV: haiguskriitikata inimeste institutsiooni tagasi suunamine. Kui nt ei võta rohtusid. Kuid kas on teisi võimalusi? TSTA: vaja ka vaimupuude valdkond kaasata (JUKS, Käo jne). Kristiine KOV: ajutrauma inimestele pöörata tähelepanu ja luua teenuseid (JPIK) (TLHA I)*

5) Koostöö tegemisel sõltub palju institutsiooni asukohast. Kui asutakse samal territooriumil või kliendile lähedal, siis see soodustab nii spetsialistide koostööd kui ka teenuste kättesaadavust. Seega on vaja teha koostööd ka linna/valla planeerijate ja arendajatega, et esindada planeerimisel klientide huve. *Keskusel on tõenäoliselt oma asukohaga seenduvalt (asuvad ühel krundil) hea koostöö haiglaga ja pidev kontakt arstidega, sh psühhiaatritega.*

Lõuna-Eesti Hooldekeskuse juht toob oma kogemuse pinnalt välja, et koostöö tõhustamiseks KOV-de, teenuseid osutavate institutsioonide ja kogukondade vahel tuleb leida kohalikke omavalitsusi ja

kogukondi koostööle motiveerivad aspektid, *nt et KOV müüks kinnisvara, kus plaanitakse teenuseid osutada.* (LEHK)

6) Üle-eestiline koostöö institutsioonide vahel tagab hea praktika ja info leviku teenuste osutamise võimaluste ja kvaliteedi kohta. *See on positiivne. Koostöö keskuste vahel on üle-eestiline, nt ühisiürituste korraldamine üle Eesti, kokandusvõistlus, karaoke. Viiakse läbi avatud uste päevi oma majade tutvustamiseks. Tehakse personali väljasõite, nt Narva, kus on ka päevakeskus.* (PHPP)

7) Töötukassa hinnangul toimib koostöö tööandjatega. Koostööd veavad juunis 2015 tööd alustanud uued tööandjate konsultandid, kelle ülesanne on oma piirkonna tööandjaid igakülgse toetada ja maakonna tööelu edendada, sealhulgas nõustada ettevõtteid töötaja individuaalsetest vajadustest lähtuvate töökohtade loomisest ja kujundamisest. *11.11.2015 seisuga tänu tööandjate konsultantidele Ida-Virumaal on 433 vaba töökohta ja iga päevaga laieneb tööandjate ring, kellega koostöö on kujunenud partnerluseks. Tööandjate konsultandid on just need, kes on tööandjate jaoks Töötukassa esmaseks kontaktiks ning asjatundlikuks partneriks personali teemadega tegelemisel.* (JTK)

Koostöös tööandjatega on vaja leida paindlikke töötamise võimalusi ja toetada inimese püsivust tööturul. Psüühilise erivajadusega klientidel on peamiselt võimalik tööd leida asutustes, mis tegelevad sotsiaalse ettevõtlusega (nt Pärnus kaks ettevõtet) ja kus tehakse lihtsamat käsitööd. Paljud võivad leida töö ka omal käel, millest ei ole Töötukassa teadlik, või ei ole Töötukassa teadlik, et isikul on tegelikkuses psüühikahäire. *Varem olid ka Pärnu Haigla juures toetatud töökohad, aga nüüd ei ole.* (PTK). *Töötamine – vajalikud paindlikud töötamise võimalused (nt teenuse tööandjale müümine – hea mõte), osakoormus vähemalt alguses. Tööandja teavitamine haigusest – keeruline (eelistatakse, et alguses kohanetakse ja kui töötajana ollakse end tõestanud – siis teavitamine).* NB! *Tööandja küsib ankeedis töövõimetuspenisiooni kohta (kas ok?).* (TLHA II)

Üldjuhul leiab klient endale töökoha ja siis koostöös arutatakse läbi, millised on täiendavad vajadused tööle rakendamisel ja hilisemal töötamisel seoses kliendi erivajadustega. Ükski ettevõtja pole ise otseselt puudega isikute tööle võtmise vastu huvi tundnud. *Üks näide, et ettevõtja oli valmis ratastooliga isikut ise tööle võtma, kuna oli ise oma lähikonnas selle probleemiga kokku puutunud. Sanatooriumid võtavad tööle pimemassööre.* (PTK).

8) Töötukassa spetsialistid teevad psüühilise erivajadusega isikute toetamisel koostööd valla ja linna sotsiaaltöötajatega. Koostööd tehakse juhtumikorralduse põhimõtetel. *Koostöö valla ja linna sotsiaaltöötajatega toimub, kui isikul on probleemid, mis takistavad tööle minekut või teenusel osalemist. KOV suunab inimese Töötukassasse ja siis hakatakse juhtumiga tegelema. Vajadusel suunatakse inimene teenustele, mis aitavad kaasa hilisemale tööle saamisele.* (JPIK)

Koostöö eesmärgiks on eelkõige pikaajaliste ja keerulises sotsiaalses olukorras olevate inimeste aitamine tagasi tööturule ning aktiivsesse ühiskonnaellu. Vanglast vabanevate klientide korral tehakse koostööd kriminaalhooldajatega. *Omavalitsusele on seadusega ette nähtud mitmeid kohustusi, et oma kogukonna heaolu eest hoolt kanda (nad on väga hästi kursis kohalike vajadustega ja võimalustega), võimalik on vastastikune abistamine. Tööandjate konsultant viib KOV-des läbi teabepäevi.*

Erivajadusega klientidele töökohtade leidmisel ja kohaldamisel on igal kliendil oma konsultant, kes saab võtta kontakti tööandjaga. Koos käivad KOV, tööandjad, Töötukassa ja teenuseosutajad. Pereliikmed on ka aktiivsed (eriti emad) ja võtavad Töötukassaga ühendust. Seal tegeletakse ka omastehoolduse probleemide lahendamisega, nt noorte tööle aitamisega, kes on omastehooldajana kodus ja ei saa edasi areneda. Neid toetatakse vajadusel ja võimalusel karjäärinõustamisega, aga ka haridustee jätkamisel ja sobiva töö leidmisel.

Vanglast vabanevate klientide korral tehakse koostööd kriminaalhooldajatega. Kliendi info liigub spetsialistide vahel. Ühiskondliku töö tunnid on määratud ja sellega tuleb arvestada, enne ei saa tööle minna. (JTK)

9) Koostööd tehakse teenuse osutajatega klientide tööpraktika läbiviimisel. Töötukassa üldiselt üritab tööandjat veenda ja koostöös üritatakse individuaalselt lähenedes kliendil lahendust leida. Olulisel kohal on tööpraktika, kus ka tööandja reaalselt kogeb erivajadusest johtuvaid piiranguid ja tajub klienti kui tulevast töötajat. Hiljem on võimalik tööandjale pakkuda kaht teenust korraga (kui on pikaajaline töötu) ehk palgatoetust (aastast 2016, puuetega isikutele paremad tingimused) ja tugiisiku teenust. *Nt on hea koostöö Töötukassal teenuseosutajatega Tori Kodu ja Vändra Kodu. Need asutused otsivad tihti ise oma klientidele tööandja ja siis pakuvad Töötukassa täiendavaid teenuseid nii klientidele kui ka töötutele. Erivajadusega isikud on osalenud ka vabatahtlikul tööl nt loomade varjupaigas. (PTK).*

10) Tööandjad sooviksid, et nõ erivajadustega inimestele tööd pakkuvatele asutustele oleks Töötukassa poolt määratud mentor, kelle poole saaks kiirete küsimuste korral pöörduda. *Tööandjad sooviksid, et oleks nõ erivajadustega inimestele tööd pakkuvatele asutustele mentor nt Töötukassas – et oleks võimalik kiirete küsimuste korral pöörduda (nt kui psüühikahäirega inimene psühhoosis ja tööandja ei tea, kas kutsuda politsei või kiirabi või mõlemad või mitte kumbagi jne). (TLHA II)*

11) Koostööd on tarvis ka asutuse sees. Psüühikahäiretega inimeste tööle võtmine eeldab asutuse juhtkonna ja personali vastavaid hoiakuid, teadmisi ja valmisolekut ning töökorraldust, avatust ja motiveeritust. *Psüühikahäiretega inimeste (jt erivajadustega inimeste) tööle võtmine eeldab asutuse vastavaid hoiakuid (nii juhtkonnas kui personalis), valmisolekut (sh koolitusvõimalusi), vastavat korraldust (nt et vahetu juht oskab ja on valmis toetama), avatust, motiveeritust (olla ühiskonda panustav ettevõtte).*

Nt psüühikahäirega suur ja tugev meestöötaja hakkas äkki käituma ettearvamatult ja tööandja mõtles, kuidas kaitsta kliente ja kaastöötajaid. Tööandja sõnul tuleb psüühikahäirega töötajaga osata suhelda – näiteks selgitada aeglaselt ja rahulikult vms. See on sageli sisetunde küsimus (kuna koolitust ei ole). Motivatsioon on seotud eelkõige tööjõu puudusega, erivajadustega inimesed on üldjuhul väga motiveeritud. (TLHA II)

12) Vaja on koostööd riigi ja regioonide vahel kesksete riiklike rehabilitatsiooniasutuste loomisel ja väljaarendamisel. Astangu-sarnaseid institutsioone võiks olla rohkemates Eesti keskustes. Riik võiks rohkem osaleda sotsiaalse ettevõtluse ja kaitstud töö arendamisel, mitte suunates seda vaid erasektori või MTÜde kohustuseks. Arendama peaks rohkem meetmeid, mis soodustaksid osalise tööajaga töötamist ja/või kaugtööd või kodus töötamist. *Hetkel ei selliseid võimalusi, paindlikke töökohti Töötukassa süsteemi kaudu ei liigu, kuigi klientide huvi selliste võimaluste vastu on suur ja mitte ainult erivajadustega isikute seas.*

13) Igasuguse koostöö vältimatuks aluseks on teavitustöö, mis hõlmab nii kliente, tööandjad kui ka kohalikke omavalitsusi. Teavitustööd tuleb tõhustada, kui on soov liikuda parema koostöö suunas. *Kaardistama peab tööandjad, kes oleks valmis võtma tööle erivajadusega isikuid. Töötukassa töötajad näevad, et selline teavitustöö, tööandjate ja ühiskonna informeerimine nii reformi sisust kui ka üldisemalt teemal 'erivajadusega isik tööturul' vajaks laiemat positiivset ühiskondlikku kajastust. Oluline roll võiks olla meedial, kes kajastaks teemat positiivsest vaatenurgast lähtuvalt. Tööandjad, kes võtavad tööle erivajadusega isikuid, võiksid leida ühiskonna sh meedia tunnustust. Tööandjate Keskliit ei ole seni avalikult teavitanud oma seisukohtadest erivajadustega isikute palkamisel ning neil puudub sel teemal ka koostöö Töötukassaga. (PTK).*

14) Nii töö- kui ka elukoha leidmisel on oluline kliendi koostöö tugivõrgustikuga. Tugivõrgustik ja KOVID peaksid olema kaasatud klientide toetamisele tööotsingutel. Koostöö KOVIDega sõltub tihti

konkreetses sotsiaaltöötajast, sellest, kas on positiivne huvi ja koostöö või mitte. KOVide rolli nähakse transpordiküsimuste lahendamisel, kogukondlik võrgustik peaks olema tagatud juba enne, kui alustatakse tööotsinguid.

15) Teatud teenuste puhul toimib koostöö rahvusvahelisel tasandil, nt töös narko- ja alkoholisõltuvusega inimestega teevad seda peamiselt kirikud ja mittetulundussektor. *Alko- ja narkosõltuvusega inimeste puhul tehakse koostööd rehabilitatsioonikeskustega Peterburis. On olnud häid kogemusi, nt üks 17 aastat narkomaan olnud mees tuli teraapiaga sellest välja. Siin kasutatakse ka kogemusnõustamist. MTÜ Corrigo teeb metadooni ravi. Kogu ravi ja rehabilitatsiooni alus on teadvustamine, et kliendil on probleem ja siis saab rehabilitatsiooni läbi viia kirikute toel – see on kolmanda sektori tegevus. (JPIK)*

Lahendustena koostöö tõhustamiseks erinevate institutsioonide ning osapoolte vahel, sh psüühilise erivajadusega erihoolekandeteenust saav isik, riik, kohalik omavalitsus, erihoolekande teenuse osutaja ja rehabilitatsiooni teenuse osutaja, võib välja tuua järgmist.

Psüühikahäirega inimese eluvaldkondi puudutav toetus eeldab avaliku, era- ja mittetulundussektori, erinevate valdkondade (sotsiaal-tervis-haridus-korraldajate jne) integreeritud toimimist koostöös psüühikahäirega inimeste, nende lähedaste ja kogukondadega. See eeldab täpset vastutuse jaotust ja heal tasemel koostööd, kus kõik osapooled on kaasatud, motiveeritud ja panustamisvõimelised. Toetusvõimaluste võrdse kättesaadavuse tagamine erinevates Eesti regioonides nõuab läbimõtlemist ja lahenduste leidmist ning ei tohiks olneda kohaliku omavalitsuse võimekusest. Eraldi tähelepanu vajavad töödandjad, kes soovivad lisaks motiveerivatele meetmetele mentorlust ning koolitusi töötajaskonna hoiakute kujundamisel.

8. Eesti võimalused pakkuda psüühilise erivajadusega isikutele toetust ja teenuseid nende elukohapõhiselt

AS Hoolekandeteenused spetsialistid töid välja, et kogukonnapõhise toetuse toimimiseks psüühikahäiretega inimestele Eestis on vajalik:

- *defineerida st kirjeldada erinevad teenused koos elementaarse ressursiplaaniga (professionaalide töömaht, vahendid, ruumid);*
- *defineerida erinevate osapoolte ülesanded, õigused ja kohustused, et inimene ise, tema lähedased, teenusepakkuja, kohalik omavalitsus, riigiasutused st rahastaja ning regulaator teaksid täpselt mida neilt oodatakse;*
- *arendada erinevate osapoolte võimekust (kohaliku omavalitus, teenusepakkuja);*
- *kaardistada potentsiaalne sihtrühm.*

Palju saaks ära teha, kui kohaliku omavalitsuse ja riigi vaheline vastutus oleks paremini määratletud. (AS Hoolekandeteenused)

AS Hoolekandeteenused spetsialistid toovad välja, et kui pakkuda psüühikahäiretega inimestele elukohapõhiselt toetust ja teenuseid, peavad olema täidetud järgmised eeltingimused:

- Piirkonniti peaksid olema kaardistatud teenuste vajadused, olemasolevad teenused, oodatav tugisüsteem, mis kataks vajadused ja puuduvad ressursid.

- Peamine on eriala tundvate töötajate olemasolu, toimivad töö- ja päevakeskused, elamiskõlblikud elamispiirkonnad, tugigrupid ja huvitegevuskeskused-seltsimajad.
- Kindlasti täiendava ressursi olemasolu. Tänapäevased kergemad toetavad teenused - IT, TE, TT - tuleks anda kohalike omavalitsuste juhtida koos riigieelarveliste vahenditega.
- Vaimse tervise õe teenused võiksid olla kättesaadavad.
- Kogukonna teadlikkuse ja tolerantsuse kasv läbi koostöö. *Ei saa loota, et Eesti ühiskonnas järsku tavaiühiskonna tasemel linnades hakkab kohalik kogukond looma seltsimaja või abi pakkuma (ollakse oma elu ja lähedaste eest hoolitsemisega koormatud). Linnas ei tunta naabritki. Mitmed omavalitsused, just väiksemad, ei näe erivajadustega inimesi enda kogukonna liikmetena. "Omade hulgas" eelistatakse näha ikka terveid ja majanduslikult jõukamaid inimesi, kes on valimisõigusega.*
- Erihoolekandeteenuste koondumine spetsialiseerunud keskustesse, kus eksisteerib vajalik tugivõrgustik (sh elementaarne tööjõud). *Isegi mobiiltelefoni levi ei ole igal pool kättesaadav ühesuguse kvaliteediga rääkimata siis inimestest sõltuvatest teenustest. Nt riigis olemas olevad kogemustega teenusepakkujad aitavad luua puuduvad teenused piirkondades, palgatakse kohalikke inimesi, koolitatakse, tuuakse üle hea praktika näited ja kogemus, juhendamine ja supervisioon. Palgatatavate töötajate palk peaks olema piisav, et kogukonnas töötajaid leida. (AS Hoolekandeteenused)*

DI protsessiga seotud küsimusi arutatakse ja teenuseid arendatakse koostöös omavalitsustega nii KOV kui ka regiooni tasandil. Lähtutakse oma kogukonna liikmete vajadustest, siis on see tegevus rohkem motiveeritud. *Nt Jõhvi vallas on teenuste arendamisel põhimõtte, et oma piirkonna teenuseosutajad ise pakuvad teenust oma inimestele, mitte väljastpoolt tulijatele. Siis on nii teenuse osutajal, vallal, kui ka eraannetataval motiiv investeerida oma kogukonda. Järjekorrad on pikad ja tegelikkuses võivad teenustele saada ka inimesed väljastpoolt kogukonda ja see võtab KOV motivatsiooni teenuste arendamiseks maha. (JPIK)*

Inimeste toetamisel tegutsevad või peavad tegutsema Töötukassa, kes vastutab tööle saamise toetamise eest ja KOV-d, kes vastutavad toetatud eluaseme võimaluste loomise ja vajalike teenustega kindlustamise eest. Praegu on kättesaadavad toetatud elamise, toetatud töötamise ning kaitstud töö teenused, mida osutatakse kaitstud töö keskustes ja finantseeritakse Töötukassa ja SKA kaudu, kuid kardetakse, et rahastust ei ole pikalt. *Nt praegu on Jõhvis 25 klienti, kes on igapäeva elu toetamise teenusel (IET) – need on teenused vaimupuudega inimestele. (JPIK)*

Kogukonnas elamise toetamine

Probleemiks kogukonnas on see, et psüühikahäiretega inimestele on vähem võimalusi teenuste osutamiseks, seda nende eripärade, vastavate spetsialistide (psühhiaatrid, psühhoteraapeudid) puudumise ja ka teenuste vähese kättesaadavuse või puudumise tõttu. *Psüühikahäiretega inimestele hetkel teenuseid ei pakuta (vaid üks klient on). Põhjuseid on mitu, nt tegelikult need kliendid ei tule oma eripärade tõttu kodunt välja ja spetsialistidel pole teadmisi, mida nendega teha. Niisuguste klientidega töötamisel on oluline, et ravi oleks rehabilitatsiooniga tasakaalus, sh nii medikamentoosne kui ka teraapiline ravi. Seda tööd ilma psühhiaatrita teha ei saa, kuid neid pole Ida-Virumaal piisavalt. Teraapiateenuseid pole samuti. Igapäeva elu toetamise teenusel on üks skisofreenik, kuid rehabilitatsioonimeeskond pole nii kättesaadav, et talle vajadusel abi tagada. Vaja on*

psühhoterapeute. Külli Mäe on nõustamas ja koolitamas käinud, samuti Kulla Mänd on käinud ja üritatud sisse tuua teraapiateenuseid, kuid see pole piisav. (JPIK)

Kogukonnas elamisel on vajadus tagada erinevate spetsialistide, nt logopeedide ja psühhiaatrite teenuste kättesaadavus. Erivajadusega inimesed ei saa kogukonnadesse liikuda, kui puudub spetsialiseeritud abi kohtadel. *Nt Ida-Virumaal on puudus erinevatest spetsialistest, venekeelseid logopeede on, kuid eesti spetsialistidest on puudus. Samuti on vaja tagada koolitusvõimalused ja informatsioon vanematele laste vajadustest ja teenuste võimalustest, sest vanemate valmisolek vajab toetamist. Nt toodi intervjuudes välja, et vahel on takistuseks see, et vanemad hoiavad liigselt last oma sõltuvuses ja ei usalda teda mujale hooldusele ega teenusele. (JPIK)*

Kogukonnades ja regioonides tuleb tagada toetavate teenuste osutamine piisavas mahus ja aktsepteeritava kvaliteediga ning info teenuste saamise võimaluste kohta. *Probleemiks on ka, et pole piisavalt teenuse osutajaid. Samuti pole ei teenuse osutaja ega ka osutamise kohta infot. Teenusepakkujate kvaliteet peaks tõusma, et töö oleks tulemuslik. (JPIK, JTK)*

Teenuste väljaarendamisel on vaja tagada järjepidevus, st et vajaduste hindamine toimuks taastumisastme alusel, kuid arvestades eesmärkidena ka olukorra säilitamist ja hoidmist, et tervis ei halveneks. Teenused peavad olema paindlikumad, vastama vajadustele, nende nimekiri peaks olema mitmekülgsem, et võimaldada inimesel liikuda lähtudes tervisest aste-astmelt edasi ja vajadusel ka tagasi. *Vajaduste hindamine peaks toimuma taastumisastme alusel, kuid arvestades eesmärkidena ka olukorra säilitamist ja hoidmist (et haigus ei süveneks). Peavad olema olemas vajadustele vastavad teenused. Teenused peavad olema paindlikumad (nt kui üks vajab 4 tundi teenust, siis teine 10 tundi jne). Teenuse osutajad ei tohi alla anda (nt keeruliste sihtgruppidega – et kui kogukonnas toime ei tule, siis tagasi institutsiooni). Teenuste nimekiri peaks olema mitmekülgsem (sh väga spetsiifilistele psüühikahäiretele vastavad ja vajalikud teenused, lisaks taastumisastmete alusel). Et oleks võimalik liikuda aste-astmelt edasi ja vajadusel ka tagasi (et püsida „reel“ ja süsteemist mitte välja kukkuda). Institutsioonist kogukonda suundumine vajab astmelist toetamist. (TLHA I)*

Kättesaadavad peavad olema teenused erinevatele spetsiifilistele sihtgruppidele, sh psüühilise erivajadusega lastele, noortele ja täiskasvanutele, sh sõltuvusprobleemidega isikutele ja kohtumääruse alusel teenuseid vajavatele sundklientidele. Kättesaadavad peavad olema rehabilitatsiooniteenused ja huvitegevuse võimalused. *Spetsiifilised sihtgruppid vajavad teenuseid (mida praegu ei ole kas üldse või on väga vähe): autismihäirega noored, nooremad täiskasvanud; sõltuvusprobleemi + psüühikahäirega inimesed. Märkamine: lasteaias, koolis jne. On vaja märgata ja tegeleda (vastasel korral probleemid süvenevad). Psühhiaater peab oskama teavitada nt reh-teenusest ja sots-süsteemi kontaktidest. Haigestunud inimene/tema pere ei pruugi leida infot. Nt Madise juhtum, et viis aastat ei teadnud midagi reh-teenusest. Vajalik toetada huvitegevuse poolt – et inimene leiaks motivatsiooni pingutada, see tõstab enesekindlust. Kohtumäärusega kliendid – seaduseauk (ainuke võimalus saada teenust on suunata kohtumäärusega institutsionaalsele hooldusele). (TLHA I)*

Institutsioonist kogukonda siirdumisel on oluline tagada, et psüühikahäiretega inimestele, sh lastele, noortele ja täiskasvanutele, kes suunduvad perekonnadest kogukonda, oleksid tagatud nii elamise, õppimise kui ka vaba aja tegevused. Teenusearendajad, -osutajad ja -kasutajad arvavad, et toetatud elamisel peaks olema rohkem variante (tugikodud, rühmakodud jne), mis tagaks toetuse vastavalt toimetulekuvõimele. Samuti tuleks arendamisel lähtuda keskkonna võimalustest ning vajadusel neid kohandada. *Institutsioonist kogukonda siirdumine. Samavõrd oluline, et ps-häirega lapsed, noored suunduksid perekonnadest kogukonda (et ei jääks 50. eluaastani perekonda, järgneb toimetulematus jne). Eluasemega tegelemine – oma elamine motiveerib, ei pea teistega arvestama – soodustab taastumist. Eluaseme leidmine tõsine probleem. Eluasemepoliitika nõrk. Võiks kasutada nt Hollandi mudelit – et ehitatakse spetsiaalne linnak, kuhu tavainimesed saavad osta odavamalt eluaseme (olles teadlikud, et läheduses palju erivajadustega inimesi). Toetatud elamisel peaks olema rohkem variante (tugikodud, rühmakodud jne). Keskkonna kohandamine! Nt et ps-häirega inimene suudaks toime tulla poes, ... See tähendab, et muudame elukeskkonna kõigile inimestele sobivamaks.*

Õppimisel, hariduse omandamisel ja vaba aja tegevuste harrastamisel oodatakse samuti paindlikke astmelisi võimalusi, et inimene saaks valida sobiva koormuse. Vaba aja tegevused vajavad kogukonna tuge, sh institutsioonidelt ja sponsoritelt. Samuti vajavad tuge psüühilise erivajadusega inimeste lähedased, et toetada oma pereliikmeid kodus. *Õppimine – hariduse omandamine (nt mis jäänud pooleli – oluline). Nt tugiisiku toel. Ja siis edasi õppimine. NB! Vajalik see, et oleks võimalik sobiva koormusega õppida (võimekus on, kuid liiga pingelist ja kiiret tempot ei talu). Vaba aeg – ps-h inimesel majanduslikud võimalused piiratud. Nt suhtlemiseks filmiõhtud kogukonnakeskuses vms võiksid toimuda. Lähedased (kes toetavad oma ps-häirega liikmeid kodus) vajavad tuge ja toetamist: nt piisavalt tugiisikuteenust. (TLHA I)*

Iseseisvumise juures ja kogukonnas elamisel on oluline igapäevaeluga toimetulek. Tavapäraselt õpitakse seda kodudes, kuid kui inimesed liiguvad institutsioonist kogukonda, tuleb neid selleks eraldi ette valmistada. Praegu on mure, et hooldekodus ei õpetata igapäevaelu oskuseid. Sellega tuleb tegeleda kogukonnas ning selleks loodud programmide alusel. *Et üldse tegevusi saada, otsitakse neid väljaspool hooldekodu nt Viljandis Vinger – ringid jm. Inimesi tuleb õpetada teenuseid kasutama, muidu jäävad nad iseseisvas elus hätta. Vaja oleks teha reklaami teenuseid kasutama suunamiseks, et juba varases probleemide tekke etapis teataks, kuhu pöörduda. Vaja oleks teavitavaid üritusi, kuhu inimesed saavad tulla, uurida ja siis alles otsustada, kust abi saada; projektid, kuhu kaasatakse lähedasi. (TVTHK)*

Teenuste väljaarendamisel on vajalik tagada järjepidevus ka teenuse osutamise seisukohalt, sh kasutada kombineeritud rahastust ning teostada järjepidevat finantsanalüüsi teenuse osutamise kohta. Vaja on koolitada personali ja tagada infovahetus kõigi osapoolte vahel. *Teenuse osutajatel peab olema piisavalt raha teenuste osutamiseks. Vaja on finantsanalüüsi, et tõestada, et ka säilitamine ja tagasilanguse ennetamine on ressursside kokkuvõtte. Personal vajab koolitamist (ja motiveerivat palgasüsteemi, et püsitaks ametis). Infovahetus vajab parandamist (nt KOV ei tea, et kus on keegi teenusel). (TLHA I)*

Et erivajadusega klient saaks elada kogukonnas, peab olema väga tugev ja toimiv rehabilitatsioonitöö võrgustik aastaringelt. Kompleksset tuge on vaja. Võrgustikutöö peaks toimuma valdkondade vahelises koostöös, sh sotsiaalhoolekanne, tööalane ja sotsiaalne rehabilitatsioon, tervishoid, haridus jt. *KOV-l pole pakkuda teenuseid ja teraapiat. Juurde tuleb tuua tervishoiuteenused. Tervishoiuteenused pole Ida-Virumaal piisavalt arenenud, hetkel on sotsiaalteenused arengus ees. Tarvis on tõhusamat koostööd perearstidega, eriti juhtudel, kui kliendid tulevad piirkonda väljastpoolt, siis on küsimus, kuidas perearstiteenuste kättesaadavust neile tagada. Kogu DI protsessi peaks ette valmistama koos tervishoiu ja hariduse valdkondadega (laste puhul). (JPIK)*

Kogukonnateenuse arendamisel toimub koostöö KOVde vahel. Kuid tuleb määratleda koostöö vormid ja tasandid, et kõigile osapooltele oleks selge nende roll. *Nt Laste ja perede tugikeskus teeb ka koostööd. Hetkel on vedaja KOV. Maakonna vallad teevad kutse peale koostööd, nt Mäetaguse, Kohtla, Toila, Kiviõli, Illuka jt.*

Igasuguse koostöö aluseks on, et keegi võtab vastutuse, nt KOV. KOV-d sõltuvad poliitikast, mis ei tohiks nii olla. Rohkem peaks lähtuma headest tavadest ja traditsioonidest. Nt viib Jõhvis KOV läbi iga-aastaselt tänuüritust koostööpartneritele, seal toimub vastastikune tunnustamine. (JPIK)

Kui kogukonnas juba toimivad päevakeskused, pole DI käivitamine keeruline. *Kui vaja oleks, siis päevakeskusesse saaks igapäevaelu toetamise teenusele juurde mõned inimesed. Hetkel pole kaitstud tööd, kuid seda saaks mõned kohad arendada – see on sama, nagu toetatud töö, lihtsalt ümbernimetamine. Keskus on valmis ise koostööd tegema nendega, kes osutavad kaitstud töö teenust.*

Ise hanketele minna ei taha, sest see on täisajaga lisatöö. Sellega on ka palju riske. Töötukassa tingimused, et saada raha teenuse osutamiseks, on keerulised. Täitmisega võib kaasneda ka lisariske, nt ei pruugi kliendid seoses oma tervisega tegevuse/tööga hakkama saada. Inimesed jäävad haigeks ja ei suuda oma ülesandeid lõpuni täita ning see on risk, mida päevakeskus endale ei võta. Kui klient ei suuda tegevusi täita ja teenusel olla, peavad tegevusjuhendajad asja päästma ja ise töö ära tegema. Probleem on ka, et hankel on tüki hind väike ja teenistus paarkümmend eurot kuus, see ei motiveeri kedagi. (PHPP).

Omavalitsustel, mis asuvad linnade läheduses, on kergem inimesi teenustega kindlustada, sest transporditeenuste kättesaadavuse korral käiakse teenuseid saamas ja tööl linnades. Nt *Ülenurme vallas on küsimus, mida teha, et inimesed ei lahkuks Ülenurme vallast ja vald oleks nõus tegelema teenuste arendusega. Õnn, et Tartu on lähedal, paljud elavad kodus ja käivad teenustel Tartus. Vaja oleks elamispidu, ühist kööki ja pesemisruume, kuid igapäev peaks olema oma tuba. AS Hoolekandeteenused kais uurimas, kas saaks ehitada maja, kuid kohalikud inimesed ei ole nõus, et keset keskust ehitataks majad erivajadusega klientidele. (TVTHK)* Omavalitsus on valmis võtma vastutust ja teenuseid arendama, kuid nt eluasemeteenuste arendamisel on takistus. Selleks on kohalik elanikkond, kes pole sissetulijatega nõus. Lahenduseks peetakse teavitustööd, mida saavad teha sotsiaaltöötajad jt sotsiaalvaldkonna spetsialistid. *Alustada tuleks ühiskonna harimisest, et majad ei peaks olema keset metsa, vaid et inimesed teaksid ja harjuksid. Meil on olemas erinevad elamise, majutuse võimalused, kuid praegu ei ole inimesi. Mõnikord jäävad arendused vastutuse veeretamise ja koostöö puudumise taha. AS Hoolekandeteenused tahab kogukonnateenuseid, kuid pole inimesi, kes sellega tegeleks – praegu tundub projektipõhine olevat. (TVTHK)*

DI protsess kogukondades paneb suurema rõhu koostööle peredega, sest peredel on vastutus oma liikmete toetamise ja toimetuleku eest. *Pereliikmete mure: mõtlevad sellest, mis edasi saab, kuid tunnevad, et otseselt kellegiga rääkida ei saa. Pered on paljud asjad läbi mõeldud, kuid see ei ole fikseeritud ja kui juhtub midagi, siis ei teata. KOV sotsiaaltöötaja kirjutab üles inimeste soovid, mida nad siis tahavad, kui lähedane kaob või siis kuidas toimub matus, kui inimene sureb. Vaja on teha tegevusplaan, kriisiplaan, kus on arutatud läbi kõik asjad, mis saab siis, kui midagi juhtub. Nt juhtum, kus inimene tuli Astangult eelhindamiselt tagasi oma piirkonda, kuid kohapeal sotsiaalteenuseid pakkuda pole. Samas on olemas tugev pere ja igasugused muud ressursid – joogaring jmt ning KOV on valmis maksma teraapiale sõidu. Algul oli mõte, et otsida koduhooldustöötaja, kuid pere ei ole huvitatud ja nad arvasid, et korraldavad ise, kuigi noormees on väga ohtliku käitumisega, ühistransporti ei julge kasutada, endale-teistele ohtlik jne. Kogukonnast ära võtmine on isegi ohtlik ja tegelikult vaja peres abi kaks inimest klient + lähedane. (TVTHK)*

Eesti võimaluste kohta pakkuda psüühilise erivajadusega isikutele toetust ja teenuseid nende elukohapõhiselt võib uurimusele tuginedes välja tuua järgmist.

Praegune seis on selline, et psüühikahäiretega pereliikmega perekondade toimetulek on raske, sest teenuste kättesaadavus pole tagatud. Samas on KOVd piirkonna inimestele valmis ja motiveeritud teenuseid arendama, kuid napib raha ja inimressursse. Peamisteks teenusepakkujateks ja koostööpartneriteks keskustest kaugemal asuvates piirkondades on KOV ja Töötukassa. Toimib rahastusvõimaluste kombineerimise praktika.

Oluline on lähtuda mõtteviisist, et kogukonnapõhine toetus on lisaks kaasaegsusele ja inimese õigustest lähtuvale heaolu toetamisele ressursisäästlikum. Erinevad eluvaldkonnad (sh eluase, töötamine, õppimine vaba aeg jne) ja eluperioodid (noorest täiskasvanueast kuni vanaduseni ja ka lapse- ja noorukieas) peavad olema toetavate kogukonnateenustega kaetud. Mõned teenused vajavad kindlasti arendamist, nt pole kättesaadavad vaimse tervise õdede ja mobiilset psühhiaatrilist abi

pakkuvate meeskondade teenused. Vähesed on sobiva eluaseme võimalused (et psüühikahäirega inimene suudaks üüri tasuda, et tingimused oleksid elamisväärsed) ning paindlikud töötamisvõimalused. Samas usutakse DI idee, osapoolte kaasamise ja vajalike ressursside leidmise vajalikusse ning ollakse valmis levitama häid toimivaid praktikaid ja tegema koostööd. KOV-d ja kogukonnad vajavad teenuste arendamiseks ja pakkumiseks nii koolitusi teadmiste-oskuste arendamiseks kui ka finantsilist tuge.

Oluline on jagada informatsiooni, teavitada elanikkonda ja luua vajalikke eluasemevõimalusi (samm-sammult iseseisvumist toetavaid eluasemeteenuseid – näiteks toetatud elamise teenuselt sotsiaalpinna jne). Üheks eesmärgiks teenusekorraldajate jaoks on mitte üksnes klientide toimetuleku toetamine, vaid ka nende tervisliku ja saavutatud olukorra säilitamine. See eeldab psühhiaatrilise abi piisavat kättesaadavust.

Tööalane toetamine

Enamus teenuseid, mida Töötukassa pakub, ei ole otseselt suunatud puuetega ja/või erivajadustega isikutele, vaid kliendil on õigus ja võimalus kasutada teenust sõltumata tervislikust seisundist. Sellised teenused, mida nii klientide kui ka tööandjate poolt laialdaselt kasutatakse, on proovitöö (1 päev) ja tööpraktika (maksimaalselt 4 kuud). Erivajadustega isikud kasutavad nii proovitööd kui ka tööpraktikat laialdaselt. Ka tööandjad on huvitatud nii proovitöö kui ka tööpraktika kasutamisest. *Erivajadusega isikute puhul on tööandjal võimalik praktika käigus täpselt näha, kas konkreetne töö isikule sobib. Üldjuhul, kui vastastikune koostöö sobib, rakendub isik tööle.*

Isiku tööle saamise toetamiseks rakendab Töötukassa mitmeid tugiteenuseid, sh tugisikuga töötamine, töötamiseks vajaliku abivahendi soetamine või tasuta kasutada andmine, samuti töökeskkonna või töövahendite kohandamine ja töökeskkonnale ligipääsu tagamine. Kui töötaja vajab puude või tervisehäire tõttu tööl tavapärasest rohkem abi ja juhendamist, siis Töötukassa korraldab kokkuleppel tööandjaga tugisikuga töötamise ja tasub sellega seotud kulud kuni ühe aasta jooksul. *Kui tööülesannete täitmine tööandja vahenditega on puude või vähenenud töövõime tõttu takistatud, anname töötamiseks vajaliku abivahendi tasuta kasutada. Kui puue või tervisehäire takistab tööandja ruumides või ettenähtud vahenditega töötamist, Töötukassa aitab tööandjal muuta töökeskkonna või töövahendid ligipääsetavaks ja kasutatavaks. Nt puidutööstuses on noormees, kellel on psüühiline trauma ja ta ei tule iseseisvalt tööga toime ning vajab tööl puude tõttu tavapärasest rohkem abi ja juhendamist. Alates 2013. aastast töötab ta tugisikuga. Tugisik võib olla kaastöötaja, lähedane inimene väljastpoolt töökohta või teenust pakkuv organisatsioon, ettevõte. Tugisikud nõustavad inimest iseseisvalt toime tulema tööülesannetega, suunavad, kuid ei tee tööd ega ole ka isiklikud abistajad. Nt tuletab tugisik pausi kohta meelde. Sõltlastele on ka tugisikud, kes tuletavad meelde, et ei tohi juua ja mida tuleb teha, et tööga hakkama saada. (JPIK)*

Näitena võib tuua ka psüühilise erivajadusega töötaja, kes töötab täistööajaga pakkija-ladustajana. Tal on tugisik, kes igapäevaselt aitab teda ja selgitab uuesti tema tööülesandeid ning jälgib ka tööaega. Tugisiku teenust saab kasutada vastavalt vajadusele kuni 1000 tundi esimese tooaasta jooksul. Põhjendatud vajaduse korral võib alates 2016. aastast teenuse osutamist jätkata ka pärast esimest tooaastat, kuid mitte rohkem kui 25% ulatuses tööajast ühes kuus. (JPIK)

Mõned näited „Abistamine tööintervjuul“ vajaduse sisestamisel. Teenuse sihtrühm on puude või pikaajalise tervisehäirega töötajad ja koostööpartneritega töötajad. Töötajaga suhtlemisel satub klient paanikasse ja ei saa hakkama. On olemas tööandja, kes oleks nõus klienti tööle võtma, peab minema töövestlusele. Eduka tulemuse saavutamiseks vajab kõrvalist abi töövestlusel. Pikaajaline töötaja,

osalise töövõimetusega. Pikalt olnud tööl ühe tööandja juures, puudub töövestluste kogemus. Vajab tuge tööandjatega kontakteerumisel.

Näitena abivahendi kasutamisest saab tuua mesiniku, kes sai tellimuse peale endale taru tõstmiseks tõstuki ja saab nüüd edasi töötada või ka lugemistelevisori ja noodi lugemise televiisori soetamise võimalused vaegnägijatele, kuid seda ainult töö tegemiseks.(JTK). Näitena saab tuua ka ratta ostmist tööle sõitmiseks. *Praktilised asjad (nagu nt jalgratta ostmine tööle sõitmiseks) (TVTHK)*

Töökohtade kohandamise näidetena võib tuua uste kohandamist, WC kõrgenduste ja käsipuude paigaldamist. Siinjuures käib asi nii, et tööandja teeb töö ära ja siis Töötukassa maksab selle kinni. Taotlemise protseduur võtab aega kuni paar kuud, alates hindamisest kuni kohandamiseni. (JPIK)

Erivajadusega isikud saavad ka koolitustel käia, kuid nende teenuste kasutamine sõltub eelkõige isiku enda huvidest, mitte erivajadusest. *Eraldi on puuetega isikutele korraldatud kursuseid vaid füüsilise puudega isikutele nt pimemassöörid ja neile on läbi viidud ka ettevõtluskoolitust. On kasutatud viipekeele tõlki koolitusel, kuid eraldi koolitusi psüühilise erivajadusega isikutele läbi viidud ei ole. (PTK).*

2015. aasta jooksul on Ida-Virumaa osakond saavutanud häid tulemusi puuetega inimestele teenuste osutamisel. Isegi nende teenuste abiga, mis on Töötukassal praegu pakkuda, õnnestus alates 1. jaanuarist kuni tänase päevani tööle asuda 799 inimest, kellel oli osaline töövõimetus 40%-80%, kusjuures seitse neist alustas tegutsemist ettevõtjana. *Alati on kõigil osapooltel hea meel, kui tööle saamine õnnestub ja jõupingutused kannavad vilja. Nt psüühikahäirega klient sai tööle peale koostööd Töötukassaga. Ta tuli vastuvõtule, et tahab tööd teha ja tegi seda tööd juba varem vabatahtlikuna, töötas kojamehena korteriühistus. Koostöös Töötukassa juhtumikorraldajaga võeti ühendust tööandjaga ja inimene sai ametlikult lepinguga tööle. (JTK)*

Puuetega isikuid oli Pärnu osakonnas umbes 160. *Kui klient ei taha, siis erivajadusest ei räägita. See on kliendi vaba valik, kuigi tihti sotsiaalkindlustusameti andmetest on näha, et isikul on töövõimetus määratud, tavaliselt klient ise sellest ei räägi. Eriti raske on just psüühilise erivajadusega kliendiga, sest füüsilist puuet on võimalik Töötukassa töötajal märgata ilma otsese vestluseta, kuid psüühilist erivajadust mitte alati.*

Töötukassa kaudu on võimalik pakkuda psühholoogilist nõustamist ja töökoha kohandamise teenust, aga see on suunatud üldjuhul füüsilise puudega isikutele. *Abivahendid on samuti suunatud eelkõige füüsilise erivajadusega klientidele. Töövestlusel abistamise teenust on kasutanud eelkõige kliendid, kellel on kõnega raskusi või kõnedefekt. Võimalus on pakkuda teenust ka psüühilise erivajadusega kliendile, kui tal tulenevalt oma haigusest on hirm või muud probleemid töövestluse ees. Kuid üldjuhul kliendid ei ole eriti huvitatud sellisest toest, kuigi on pakutud. Kliendid on teadlikud, kuid ei kasuta. (PTK).*

Individuaalne tööle rakendamise teenus on suunatud isikutele, kellel tööotsimise protsessis raskusi. Isikul on võimalik kasutada tugiisiku teenust (mis on erinev tugiisiku teenusest töökohal). *See tugiisik nõustab ja abistab klienti pigem töö otsimise protsessis ja toetab töövestlustel ning töö otsimisel. Seda tööd teevad Töötukassa konsultandid ja juhtumikorraldajad, kuid mõningatele klientidele on vaja täiendavat, tihedamat ja põhjalikumat tuge. Selle teenuse juures on põhimõte, et klient peaks saama kaks korda nädalas oma tugiisikuga kokku erinevalt tavalisest tööotsijast, kellel on korra kuus kohustus ilmuda Töötukassase. (PTK).*

Töötukassa tugiisikuteenuse hulka kuulub ka töötaja nõustamine tema tööriietuse ja väljanägemise osas, siin tehakse koostööd tööandjatega. Tugiisik saab suhelda kliendiga ja tööandajaga ning hoida kontakti. *Nt tugiisik aitab kliendil endast pilti kujundada nagu nt juuksurisse ja manikööri minek – neid ressursse võiks kasutada. (TVTHK)*

Töötukassale on vaja luua juurdepääs kliendi infole, et kliendi eest rääkida. *See on vajalik eestkostetavate osas ja nendel klientidel, kes seda abi ise küsivad ja vajavad. Vajadusel konsulteeritakse klientide tööle saamise ja võimaluste osas KOV sotsiaaltöötajatega. (JTK)*

Töötukassa spetsialistide arvates on vaja luua kogukondades institutsioonid, mida rahastab KOV ja kus tehakse töö sarnaseid tegevusi, nn tööharjutust. *Lisaks on vaja luua institutsioon, mida rahastaks KOV ja kus tehakse töö sarnaseid tegevusi nn tööharjutust. Välja tuleks arendada kogukonnas elamise teenuse võimalused, samuti ööpäevane hooldusteenus ning dementsete päevahoid. (JPIK, JTK)*

Tööandjate teadlikkuse tõstmine on üks keerukamaid ülesandeid seoses uue tööhõive reformiga, seda eriti psüühilise erivajadusega isikute tööle rakendamisel. *Töötukassas on kliendid olemas ja valmidus neid toetada ja pakkuda teenuseid nii kliendile kui ka tööandjale. Kuid kui puudub tööandjate valmisolek piiratud töövõimega isikute tööle võtmiseks, siis on see väga keeruline. Selline teadlikkuse tõstmine peaks hõlmama ühiskonna tasandit kui tervikut ja ei peaks olema vaid Töötukassa tehtav teavitustöö. (PTK).*

Vähenenud töövõimega inimeste kaasamisel tööellu on võtmekoht tööandjate valmisolek. Probleem on see, et infopäevadel ja ümarlaudadel käib kohal vähe tööandjaid. Siinkohal aitaksid positiivsed näited, see aitaks tööandjaid julgustada. Töötukassa on tööandjate abistamiseks välja töötamas uut koolitus- ja nõustamisteenuste paketti. (JTK)

Töötukassa töötajate hinnangul ei motiveeri tööandjatele suunatud teenused eriti puudega sh psüühilise erivajadusega kliente tööle võtma. Tööandjal on vaja rohkem isikuga tegeleda, psüühilise erivajadusega isikute puhul rohkem paindlikust, mis tihti ei ole võimalik. *Kui kliendil on haigushoo ägenemine ja ta vajab ootamatult puhkepäevi. Eriti kui on tootmistöö, siis tihti sellist paindlikust ei ole võimalik lubada, kuna tellimustel on tähtjad. (PTK).*

Miinus on see, et tihti Töötukassa vahendamisel ei tea, millised on kliendi erivajadused ja millised sellest tulenevad piirangud. Sellest tulenevalt ei ole tööandjad valmis arvestama teatavate piirangutega ning psüühilise erivajadusega kaasnevate kõrvalnähtudega. Kui tööandja ei ole kliendi erivajadusest teadlik ja töökohal tekib mingi kriis, siis enamikel juhtudel selline töösuhe ka lõpeb peale kriisi ilmumist, eriti äriettevõtete puhul.

Kliendil on vaba valik teavitada Töötukassat ja/või tööandjat oma erivajadustest, kuid klienti on lihtsam aidata, kui erivajadusest tulenevad piirangud on Töötukassa konsultandile teada. Siis saab paremini suunata tööotsinguid ja paremini olla vahendajaks kliendi ning tööandja vahel. *Nt ei sobi kliendile suures kollektiivis töötamine, sest teda võib tabada epilepsia hoog ja seetõttu on vaja, et tööandja oleks teadlik ja saaks õigesti reageerida, kui midagi juhtub. Töötukassa töötajad tõid mitmeid näiteid, kus kliendi erivajadused on selgunud töökohal ja siis on järgnenud suhteliselt kiire töösuhte lõpetamine. Toodi ka näiteid, kus erivajadusega klient on tekitanud tööandjale materiaalselt kahju ja mitte ainult töösuhe ei ole lõpetatud, vaid ka Töötukassa edasine koostöö selle tööandjaga oli pikka aega keeruline, kuna Töötukassa oli soovitanud sellist isikut. Töötukassa konsultandid on tihti kaudsete meetmete kaudu uurinud kliendi erivajadust. Uurime, millise arsti juures klient käib ja milliseid ravimeid ta võtab, kas on rehabilitatsiooniplaan tehtud jne, et saada paremini ülevaadet kliendi erivajadusest, kui klient ise ei räägi. Esimesel korral üldjuhul aru ei saada, et on erivajadus,*

kuid pikemaajaliste töötute puhul siiski konsultandid saavad aru, et tegemist on mingi erivajadusega ja üritavad seda kaudsete küsimuste kaudu täpsustada. Paljud ise ei tunnista, et neil on erivajadus. Kui kliendil on veel ka sõltuvusprobleemid, on neid väga keeruline vahendada. (PTK)

Töötukassalt oodatakse vastutulekut tööandjale maksude osas, nt käibemaksuvabastus arvete osas, mis on seotud psüühilise erivajadusega isikute poolt toodetud teenuste ja toodetega, sest see tegevus pole konkurentsivõimeline. *Tööjõurendina (et nt ettevalmistus, koolitus, nõ garantii jms). Probleem: kui arve alusel teenuse pakkumine (nt SA Hea Hoog) – siis käibemaks lisandub (ei ole konkurentsivõimeline). Tööandjad viitavad seadusemuudatuse vajadusele seoses tööandja soodustustega psüühilise erivajadusega inimese tööle võtmisel. Seaduseauk: enne töötuna 6 kuud arvel ja siis saab tööandja töötajaga seotult teenuseid-toetuseid. (TLHA II)*

Tööandjat motiveeriksid tunnustused, erisoodustusmaksu kaotamine nt erivajaduste inimeste tervisesse investeerimisega seotud kuludelt ja käibemaksuvabastus arvete puhul, mis on seotud erivajadusega inimeste teenuslepingutega. Tööandja on huvitatud, et info toetusmeetmete jmt kohta oleks selgemalt ühest kohast kättesaadav, et bürokraatiat oleks vähem ning et tööandjaid kaasataks sisuliselt teenuste arendamise protsessi. *Tööandjat motiveeriksid tunnustused (nt spetsiaalne tunnustus nt „award.“, kvaliteedimärk), erisoodustusmaksu kaotamine nt erivajaduste inimeste tervisesse investeerimisega seotud kuludelt – nt massaaž, jõusaal jne, käibemaksuvabastus (arvete puhul, mis on seotud teenuslepingutega). Tööandja on huvitatud, et info oleks selgemalt ühest kohast kättesaadav (nt toetusmeetmete kohta) ja bürokraatiat oleks vähem ning et tööandjaid kaasataks sisuliselt teenuste arendamise protsessi (nt viimasel ajal on palju tagasisidet kogutud, kuid tööandjad ei tunneta, et nende soovitud/arvamused on kuhugi jõudnud). (TLHA II)*

Tööandjal peab olema teatud missioonitunne ja õiged hoiakud. *Nt Kanada/USA taustaga kohvikuketi omanik võttis kodumaalt hoiaku kaasa ja alates 2000. aastast on palganud erivajadustega inimesi (alguses vaatasid ka kliendid kuidagi viltu, kuid nüüdseks on olukord ja hoiakud veidi muutunud). Samas on tööandjatel mitmeid häid ettepanekuid töötajate toetamiseks, sh ka tööväliselt nt riietega, jalanõudega jm vajalikuga. Toetamine algab märkamisest ja hoolimisest, mida saab töökollektiivis kujundada. Nende inimeste eluolu ettevõtte ei tea, küll on ettevõtte töötajad mõnikord abistanud riiete ja jalanõudega, sest märgati, et mõnel on katkised jalanõud. (TVTHK)*

Kokkuvõtvalt Töötukassa tegevuse kohta võib öelda, et süsteem pakub erinevaid teenuseid ja toetusi (nt proovitöö, tööpraktika, tugiisikuga töötamine, abistamine tööintervjuul jne), kuid selles on veel arenguruumi. Nt on oluline arendada tööharjutuse võimalusi kogukonnas ning koostööd tööandjatega, sh tõsta nende teadlikkust. Tööandja või teenusepakkuja erivajadusest teavitamine on vabatahtlik, kuid selle tegemist peaks toetama ning julgustama. Kohandamist vajab psüühilise erivajadusega inimeste töötamist reguleeriv seadusandlus ja maksusüsteem. See võiks olla erivajadustega inimeste tööle saamist toetavam. Nt teatud teenused-toetused muutuvad kättesaadavaks alles mitmekuulise tööta olemise järel. Soovitakse ka käibemaksusoodustuse rakendamist erivajadustega inimeste töötamisega seonduvates lepingutes. Tööandjad ootavad rohkem tunnustust, nt kvaliteedimärgiga ettevõtete märkimist, samuti bürokraatiat vähendamist toetusmeetmete kasutamisel. Tööandjate sõnul tugineb erivajadustega inimeste palkamine sageli ettevõtja missioonitundel ja hoiakutel. Tööandjad sooviksid olla tööandjate toetusmeetmete planeerimisse rohkem kaasatud.

Metoodika tööks psüühilise erivajadusega inimestega - baseerumine inimese võimetele ja tugevustele

Isiku puhul tuleb hinnata tema vajadusi ja piiranguid, kuid samas ka tugevusi ja nõrkusi. See on vajalik ka tööturule suundumisel. Tugiisiku poolt on kaardistatud ka kogukonna võimalused, siis on võimalik leida tööandjad, kes pakuvad toetatud töökohti. Kuid tuge on vaja ka riigi poolt selliste töökohtade loomiseks. Tööandja jaoks on olulisel kohal ka varasem positiivne kogemus. (KM). Vajalik ja võimalik on töötada klientidega, kes soovivad liikuda iseseisvasse ellu, toetatud elamisele ja/või toetamisele kogukonnas. Töömeetod selleks on välja töötatud ja seda rakendatakse. Töö on pikaajaline, liikumine iseseisvasse ellu võib aega võtta aasta kuni paar. NB! Kogu selline DI süsteem võib hakata reaalselt toimima vaid siis, kui seda toetab professionaalne meditsiin vähemalt vaimse tervise õe näol kogukonnas, muidu on nende klientide terviserisk liiga suur, et iseseisvalt kogukonnas hakkama saada. *Tapa Kodus on 15 psüühilise erivajadusega isikut saanud teate, et neil tuleb lahkuda erihooldekodust kahe aasta jooksul. Moodustatud on kaks gruppi: üks grupp skisofreeniahaiged – seitse inimest, kes on käinud taastumisgrupis, kuhu oli kaasatud ka kogemusrõustaja. Teine grupp - Imastu Koolkodu kõrval elavad toetatud elamise teenusel olevad täisealised vaimupuudega isikud. Mõlema grupi puhul läksid paralleelselt käima valmisoleku hindamine, juhtumi arutelud, kogukonna võimaluste arutelud. Ellu on kutsutud DI koosolekute süsteem, kus kõigepealt valitakse välja inimesed, kellele pakkuda institutsioonist välja liikumist ja teiselt poolt töötatakse grupiga, kus on AS Hoolekandeteenused tegevusjuhendaja, vanemtegevusjuhendaja, nõustaja ja uue kogukonna süsteemi inimesed. Toimivad regulaarsed kohtumised, algul kaks korda, praegu üks kord kuus. Igal kohtumisel on kaks osa: kogukonnas ressurside otsime (korterid jne) ja juhtumite arutelud. Selle protsessi jooksul on võimalik näha klientide küpsemist ja nende initsiatiivi tekkimist ise oma tulevast elu korralda, nt suhtlemine KOV-de ja kogukondadega, sugulastega. Mitme KOViga on leitud hea koostöö, nt Kehtna ja Kose omavalitsused. Koju tagasi minekut kardavad mõlemad osapooled, nii klient kui ka KOV. Et pakkuda isikule vajalikku tuge tulevikus, on koolitatud üks kohalik avahoolustöötaja tegevusjuhendajaks. AS Hoolekandeteenused tegevusjuhendajad seni ise ei ole veel valmis selliseid võrgustikke looma ja nende tegevust juhtima. Paljud kliendid tahavad minna oma kodukohta tagasi. On neid kes tahavad edasi liikuda nt Tallinnasse, kuid osad soovivad jääda oma endise institutsiooni lähedusse, nt Tapale. Oluline on isikule ka küsimuse lahendamise, kas elada üksi või kellegagi koos. Alates jaanuarist on välja läinud kuus-seitse klienti. Lähenedamine peab olema individuaalne.(KM)*

Kokkuvõtvalt võib öelda, et tänastes oludes lähtutakse töömeetodites eelkõige olemasolevatest võimalustest, kuid suundumus peaks olema toetuse pakkumine abi vajava inimese vajaduste põhisel. Toimiv töömeetodika on tugevustele ja lahendustele keskenduv, erinevaid toetusmeetmeid kombineeriv (sh koostöö tervishoiuga) ja aste-astmelt iseseisvama toimetuleku poole liikumist toetav. Samas spetsialiste, kes seda meetodikat kasutavad, on vähe ja teenus pole ühtlaselt kättesaadav.

Toetava hoolekande võimaldamine kogukonnas elamisel

Toetava hoolekande alustala on toetav inimene – tugiisik (täna kontekstis nt vaimse tervise keskuse tegevusjuhendaja), keda klient usaldab läbi kriiside ja kes inimese tugevusi ja nõrgemaid külgi tunneb ning vajalike toetusmeetmetega toetada oskab ja suudab. See ei peaks tingimata olema erihooldeasutuses töötav tegevusjuhendaja. Isikul võib olla väga mitu tugiisikut (institutsiooni tegevusjuhendaja, tugiisik töökohal, tugiisik kodus jne). *Sellisel juhul on endiselt tegemist teenusekeskse lähenemisega ja seda võib DI-ks vaid tinglikult nimetada. Tulevikus ja ideaalis võiks isik ise palgata endale tugiisiku ja tal ei oleks neid palju vaja, ideaalis üht. Neil peaks olema ka kontakt läbi elu ning tugiisik ei peaks olema seotud üheselt ühegi institutsiooniga. Oluline ei ole erilise väljaõpe, vaid muud omadused ja tugiisiku kohalolu. See võib olla naabruskonnast, kuid siiski väike juhendamise oleks vajalik. (KM)*

Klientidele peaks olema kättesaadav ka täiendav abi kogukonnas, nt mobiilne spetsialistide meeskond, kuhu kuuluvad vaimse tervise õde ja psühhiaater. Abi võiks olla pigem kodukülastuse vormis, mille kaudu saab rohkem informatsiooni, mille põhjal saab anda paremini nõu nii KOVile, isikule kui ka perele. Psühhiaatrid peaksid hindama klientide riskikäitumist ja see hinnang liiguks isikuga koos (teise institutsiooni või kogukonda), et oleks tagatud info liikumine institutsioonide vahel. Oluline on meeskonna mobiilsus ja ka kogukonna tervisedenduse temaatika. *Klientidele peaks olema kättesaadav ka täiendav abi juhaks, kui kriisid kogukonnas on muutunud liiga sagedasteks. Abi peaks tulema mobiilselt spetsialistide meeskonnalt. Spetsialiseerunud abi peaks tulema koos psühhiaatrite ja psühhiaatria õdedega (vaimse tervise õed). Siis saab abistada isikut ja perekonda kohapeal, mitte isik ei pea tulema rehabilitatsioonimeeskonna kabinetti. Abi võiks olla pigem kodukülastuse vormis, mille kaudu saab rohkem informatsiooni, mille põhjal anda paremini nõu nii KOVile, isikule kui ka perele. Spetsialiseerunud meeskondade lühend on Fakt meeskonnad. Peamised võtmeisikud seal on vaimse tervise õde ja arst. Senised tulemused on näidanud, et nt 200 kliendist umbes 40-l keskmiselt on haiguse ägenemine ning ülejäänud võivad hea ja õige toe korral suhteliselt iseseisvalt hakkama saada. Isiku kogukonda liikumisel ongi üheks suuremaks probleemiks meditsiiniline abi kliendile, seal ei piisa vaid perearstist ja pereõest, vaja on eriettevalmistusega vaimse tervise õde. Hetkel on neid Eesti ühiskonnas ja kogukondades minimaalselt. Tervise jälgimise mudel on olulisel kohal. Selliseid meeskondi peaks Eestis olema kaks kuni neli. Oluline on meeskonna mobiilsus. Laste ja noorte vaimse tervise süsteemis juba sellised meeskonnad tegutsevad. Kui nende töö muutub efektiivseks, siis tulevikus on ka vähem täisealisi erivajadusega kliente. Olulisel kohal on ka kogukonna tervisedendus. (KM)*

Psüühiliste erivajadustega isikute hoolekanne tugineb eelkõige sotsiaal- ja tervishoiusüsteemi koostööl (nt tugiisik ja vaimse tervise õde, psühhiaater, sotsiaaltöötaja jt), milles olulisteks komponentideks on kodukülastused (vajadusel) ja riskihindamine. Selle toimimise eeldus on koostöö tugiisiku/tegevusjuhendajaga, st isikuga, kellel on psüühikahäirega inimesega turvaline usaldussuhe ja kes on teadlik nii inimese vajadustest kui ka toetusvõimalustest.

9. Riskid ja takistused erihoolekandeteenuse osutajate ja kohalike omavalitsuste sotsiaaltöötajate koostöö kujunemisel (sh funktsioonide jaotus või vastutuse jagunemine) psüühilise erivajadusega isikutele teenuste osutamisel kohalikule omavalitsusele kuuluvatel sotsiaalpindadel (päevakeskused, sotsiaaleluruumid)

Kogukondades ei ole piisavalt teenuseosutajaid ja puudub info teenuste saamise võimalustest. *Probleem on ka, et pole piisavalt teenuseosutajaid, kes tegeleksid nt tööharjutusteenuse, kaitstud töö teenuse, isikliku abistaja teenuse või ka invatranspordi teenuse osutamisega. Kogemusnõustajaid pole veel piisavalt, pole valida. Kõik regioonid loodavad Puuetega Inimeste Koja juhi peale, kuid ei teata, kus ja mida hakatakse arendama. Invatranspordi teenuse osutaja kohta pole infot. On teada üks endine Töötukassa klient, kes nüüd pakub transporditeenust Narvas, kuid teiste kohta pole teavet. (JTK)*

Vähene koostöö erinevate teenuseosutajate ja kitsamate valdkondade vahel, sh sotsiaal-, tervishoiu- ja rehabilitatsioonivaldkonnad. *Puudub integreeritud lähenemine ja piisav koostöö sotsiaal-, tervishoiu- ja rehabilitatsiooniteenuste osutamisel. Enamus puuetega laste rehabilitatsiooniplaane on sahtlis ja teenuseid realselt selle plaani põhjal ei saada. (JPIK)*

Spetsialistidest on keskustest kaugemal asuvates piirkondades (nt Ida-Virumaal) puudus, *nt logopeedid, psühhiaatrid. Samuti on vahel takistuseks see, et vanemad hoiavad liigselt last oma sõltuvuses ja ei usalda teda mujale hooldusele ega teenusele.* (JPIK)

DI süsteem eeldab, et riigil peaksid tekkima koostööpartnerid teenuste osutamisel. *Hetkel pole see nii, nt on Lääne-Virumaa piirist kuni Lohusuu ja Sillamäeni teenustega katmata. Rakvere Lille kool oli, kuid see ei toimi enam.* (JPIK)

Probleem on suure, riigi eelisrahastatud ja toetatud teenuseosutaja AS Hoolekandeteenused monopoolses seisundis üle-eestilisel teenuste turul. Väiksemad ei suuda konkureerida teenuste hindadega ja on sõltuvad monopoolsest pakkujast. Puudub usaldus AS Hoolekandeteenused ja väiksemate teenuseosutajate (sh MTÜ-d jt KOV teenuseosutajad) vahel. *AS Hoolekandeteenused on juhtorganisatsioon erihoolekandeteenuste osutamisel Eestis, kuid see pole aktsepteeritud valdkonna teenuseosutajate poolt. AS teenib kasumit, kuid see ei toeta iseseisva elu teenust, sest rendihinnad, mis kehtestatud AS poolt, on kõrged. Nt MTÜ Iseseisev elu loobus teenuste osutamisest seetõttu.* (JPIK)

Probleemina nähakse institutsioonide (sh teenuseosutajad ja Töötukassa) osalemist hangetes, mis sageli ei õnnestu, sest pakkumisi tuleb vähe ja hanked pole kvaliteetse tehnilise sisuga ega ka jätkusuutlikud. Hankeid võidavad liiga odavad pakkumised ja see pole jätkusuutlik. Toimib teenus teenuse pärast ja tegelikult inimene seda abi, mida vajab, ei saa. *Pakkumisi tuleb hangetes vähe, sest need teenuseosutajad, kes oma pakkumised hästi koostavad, ei saa positiivset vastust ja rahastust teenuse osutamiseks, sest välja valitakse alati odavam ja see pole tavaliselt teenusena kvaliteetne. Need pakkumised, mis võidavad, eeldavad, et inimesed teeksid palgata tööd – see baseerub pigem meeskonnatööl ja eriala motiveeritusel, kuid pole pikemas vaates jätkusuutlik. Hanked pole lahendus, sest see on ajutine ja suunatud vähempakkumisele. Nt ehitati Töökassad välja EL rahadega, kuid täna ei jõua need konkureerida riigihangetes. Töötukassaga on sama seis. Teenuseosutajad surevad välja, sest võidavad odavamad pakkujad.* (JPIK)

Töötukassa poolt tööharjutusteenuse ja kaitstud töö teenuste osutamiseks läbi viidud hanked ei toimi ja viivad selle teenuse kvaliteedi alla. Hanke võidavad liiga odavad pakkumised ja see pole jätkusuutlik. Toimib teenus teenuse pärast ja tegelikult inimene seda abi, mida vajab, ei saa. (JTK)

Koostöö tegemisel on mitmeid probleeme, nt teadmatus investeeringute osas. Seetõttu ei teata, kuidas edasist projektipõhist koostööd planeerida. *Kohustus on arendada teenuseid, kuid finantseerimine pole piisav ja on tasakaalust väljas. Nt on planeeritud, et 1200 kohta finantseeritakse kogukonnateenuste arendamiseks neile, kes juba on teenusel ja 200 neile, kes täna veel pole teenusel ja neid teenuseid peab arendama. See pole kohalikele omavalitsustele piisav maht teenuste arendamiseks.* (JPIK)

Probleem on suure sihtrühma väljajäämine riigi rahastatud teenuste ringist, sh narko- ja alkosõltuvusega inimesed ja dementsed eakad. *Probleemiks on ka katmata teenuste valdkonnad, sh dementsete hooldus, omastehooldus ja teenused alko- ja narkosõltlastele. Ida-Virumaal Alutagusel on loodud keskus demetsetele, kuid riik ei toeta seda teenust, sest see on väljas psüühilise erivajadusega inimeste hoolekandest. Samas on seda teenust väga vaja.*

Narko- ja alkosõltuvusega inimestele pole teenuseid pakkuda, sest teenusel olek välistab droogide kasutamise. Täna teevad tööd narko- ja alkosõltuvusega inimestega kirikud. Kogu ravi ja rehabilitatsiooni aluseks on teadvustamine, et kliendil on probleem ja siis saab rehabilitatsiooni läbi viia kirikute toel – see on kolmanda sektori tegevus. (JPIK)

Vaja on luua kogukondades institutsioonid, mida rahastab KOV ja kus tehakse töö sarnaseid tegevusi, nn tööharijutust. *Lisaks on vaja luua institutsioon, mida rahastaks KOV ja kus tehakse töö sarnaseid tegevusi, nn tööharijutust.* Välja tuleb arendada kogukonnas elamise teenuse võimalused, samuti ööpäevane hooldusteenus, dementsete päevahoid ja toetada omastehooldust. (JPIK)

Probleemiks peetakse seda, et DI protsessiga seotud ülesehitustöö pole riigi poolt väärtustatud, *nt pole investeringuprojektides projektitöö juhtimine abikõlblik, kuigi see on väga suur töö ja vajab palju meeskonnatööd ja jõupingutusi.* Vaja on planeerida raha võrgustikutööks ning välja töötada ühtsed põhimõtted koostööks. (JPIK)

Töötukassa teenuste osutamisel esineb mitmeid probleeme. Nt on probleem, et klient ei teavita ei Töötukassat ega ka tööandjat oma erivajaduse ja probleemide kohta, sest kardab kaotada töökohta, üldse mitte tööd saada või siis töö kaotada, kuid tööandja nõudmised on liiga kõrged. Selles osas pole ka toimivat meeskonnatööd rehabilitatsiooni valdkonnaga. *Klient ei teavita ei Töötukassat ega ka tööandjat oma erivajaduse kohta. Kui ütleb, siis teatakse. Siiani pole ka rehabilitatsiooni meeskondadega koostööd selles osas. Uuest aastast planeeritakse tihedamat koostööd rehabilitatsiooni valdkonnaga, seda just ameti sobivuse testimisel, mis on oluline, sest seda töökohtadel ei tehta.* (JTK)

Erivajadusega inimesed ise ei julge tööandjat teavitada oma erivajadusest. Kardetakse kaotada töökohta või üldse mitte tööd saada. Isegi juhtudel, kui tööandja on teadlik erivajadusest, võivad tekkida probleemid, sest tööandjad unustavad ära, et inimesed on erivajadusega ning hakkavad nendelt nõudma töö tegemist nagu tavatöötajatelt. (JTK)

Probleemid võivad esineda ka töövõimega seonduvalt, seda nii töövõime hindamisel kui ka töö sooritamisel. *Vahel pole inimesele psüühilise erivajadusega seonduvalt puuet määratud ja töö testimisel või tööharijutusel tuleb see erivajadus välja. Põhjuseks võib olla inimese enda kartus või ka see, et lapsevanem (noorte töötamisel) ei tahtnud lapse puuet tunnistada.* (JTK)

Töö psüühikahäirega inimeste tööle saamisest on raske, sest nad sageli ei tunnista oma probleemi ja ei räägi sellest. Paljud psüühikahäirega pikaajalistest töötutest on narkomaanid ja saavad metadooni ravi. Nendega on raske, sest nad kaovad ära ja varastavad. (JTK)

Probleemiks Töötukassa töös on kõigi osapoolte, sh nii erivajadusega inimeste kui ka tööandjate negatiivne hoiak, selles olukorras on raske tööd alustada. Töötukassa on süüdi, et peab tulema ja midagi tegema. Esineb ka klientide agressiivsust. *Selles osas esineb ka klientide agressiivsust, millega tuleb aegajalt kokku puutuda. Vaja on tagada turvalisus agressiivsuse vastu. Kasutatakse paanikanuppu. Toimib omavaheline koostöö spetsialistide vahel, nt reageeritakse kokkuleppeliselt häälatooni tõusu peale ja minnakse üksteisele appi. Spetsialistid suhtlevad üksteisega Skype teel ja reageeritakse, kui abi on vaja, sest töötatakse ühes saalis.* (JTK)

Päevakeskuse puhul on probleem see, et SKA kaudu on teenusele saamine liiga keeruline ja bürokraatlik. Psüühilise erivajadusega kliendid ise ei oska teenusele tulemiseks pabereid vormistada. *Inimene ise ei suuda seda rida ajada ja päevakeskus aitab selles osas. Teenuste kriteeriumitega seoses on paberitööd juurde tulnud võrreldes sellega, mis oli 10 aastat tagasi* (PHPP)

DI protsessis võib olla probleem info liikumise puudumine erinevate institutsioonide vahel ja sellisel juhul kriisid juhvivad juhtumeid. *Seega oleksid vajalikud ühtsed meeskonnad, kes tegelevad juhtumitega ja kus toimub info liikumine. Psühhiaatrid peavad hindama klientide riskikäitumist ja andma kaasa riskikäitumise hinnangu, mis liigub isikuga koos (teise institutsiooni või kogukonda).*

Kui tuua kliendid kogukonda, kuid iseseisvat elamist ei toeta meditsiinilised teenused, siis süsteem toimima ei hakka. Täna on meditsiinilised teenused liigselt eraldatud hoolekandeteenustest, kuid vaja on osutada integreeritud abi. Probleem on õendusabi ja psühhiaatriliste teenuste kättesaadavuse tagamine. *Erivajadustega isikute ühiskonda integreerimise üheks suurimaks piiranguks on meditsiinilise, eelkõige psühhiaatrilise meditsiiniabi kättesaadavuse piiratus, mis piirab selgelt ka nende isikute inimõigusi. Eriti puudutab see õendusteenust. Meditsiini pool on liigselt eraldatud hoolekandest.(KM)*

Riskid ja takistused erihoolekandeteenuse osutajate ja kohalike omavalitsuste sotsiaaltöötajate koostöö kujunemisel psüühilise erivajadusega isikutele teenuste osutamisel kohalikule omavalitsusele kuuluvatel sotsiaalpindadel on järgmised.

Praegune institutsioonikesksne erihoolekandesüsteem tugineb olulisel määral riiklikul rahastusel ning tänaseks väljakujunenud erihoolekandetasutuste võrgul (sh SA Hoolekandeteenused keskse teenusepakkujana). DI eeldab olemasoleva süsteemi läbimõeldud ja jõulist ümberkorraldamist. Selge on, et kõiki tänased erihoolekandeteenuste saajad ei suuda ega saa kogukondadesse suunata ja neile peaksid jääma avatuks institutsioonikesksed teenused, mis vajavad samuti arendamist selleks, et institutsionaalsel hoolekandeteenusel elav teenusekasutaja tervislike ja toimetulekunäitajate paranedes omaks võimalust institutsioonist samm-sammult kogukonda iseseisvama elu suunas liikuda.

Et kogukonda liikuda, on vaja luua kogukondade valmisolek klientide integreerimiseks ning tagada klientidele võimalused tugiteenuste (sh elamine, töötamine ja vaba aeg) saamiseks. Praegu seda valmisolekut pole.

DI eeldab, et erihoolekandesüsteem ning kohalik tasand kogukonnapõhiste teenuste arendaja ja pakkujana teeksid tihedat koostööd, seda nii teenuse vajaduse hindamisel, teenuste arendamisel kui kogukondade valmisoleku ja võimekuse tagamisel. Vältima peaks „kiasatust“ kogukonnas tugevamat toetust vajavaid kliente asutusse suunata olukorras, kus kohalikul tasandil puuduvad võimalused teenuseid saada.

Lisa 3. Deinstitutionaliseerimine ja kogukonnapõhiste teenuste arendamine Hollandis

Raport: dr. Jean Pierre Wilken
November 2015

Sissejuhatus

Käesolev raport koosneb järgmistest osadest. Esiteks teeme lühikese ülevaate DI ajaloost Hollandis, keskendudes vaimse tervise alasele hoolekandele. Seejärel kirjeldame hetkesisu. Teises osas vaatame teenuseid õpiraskustega inimestele, kolmandass anname ülevaate noortele suunatud teenustest. Neljandas osas kirjeldame arenguid seoses ÜRO Konventsiooniga.

1. Vaimse tervise alane hoolekanne

1.1 Ajalugu

Kuni Teise maailmasõjani domineeris Hollandis Saksa psühhiaatria, aga peale seda muutus olulisemaks USA psühhiaatria⁸⁷. Sajandi jooksul on vaimse tervise alases hoolekandes toimunud järkjärgult liikumine hooldekodude ja vabadust piirava hoolekande juurest hindamise, ravi ja võimaluse korral paranemise poole. Vaimse tervise alase hoolekandereformi faase iseloomustab perioodil 1980-2005 ambulatoorsete teenuste arendamine 1980ndate alguses, sellele järgnenud kogukonna vaimse tervise keskuste avamine, sihtgrupi eristamine diagnoosi ja ravi osas, toetatud elamise võimaluste suur kasv ja psühhiaatriahaiglate, ambulatoorsete teenuste ja toetatud elamise keskuste ühendamine⁸⁸. Samal perioodil näeme psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni alase lähenemisega alustamist, mida kasutati pikaajalises hoolduses üle kogu riigi^{89, 90}. Alates 1995. aastast tuntakse suuremat huvi taastumise ja kogemusliku teabe vastu. Viimased 5-10 aastat keskendub vaimse tervise alane hoolekanne rohkem taastumisele suunatud hoolekandele, kasutades osana ravimeeskonnast kogemusnõustajaid.

Psühhiaatriahaiglate voodikohtade arv kasvas Hollandis 20. sajandi esimesel poolel 5000-lt 1884. aastal 20 000-ni 1928. aastal, saavutades maksimumi 28 000 kohaga 1955. aastal. Peale aastat 1955 langes voodikohtade arv 22 800-le 1990. aastaks ja on püsinud suuresti stabiilsena. See tähendab, et absoluutses mõttes on toimunud 10% langus, võttes arvesse rahvastiku kasvu langusest 17%. Languse põhjustab peamiselt enam kui viieks aastaks ravile võetud patsientide arvu vähenemine; kolmandik neist pikaajalistest patsientidest suunati psühhogeriaatria haiglatesse ja vaimse puudega inimeste institutsioonidesse. Seega ei saa rääkida psühhiaatria reformist. Vähenemine on võrreldes USAGA väike, kus samal perioodil vähenes voodikohtade arv institutsioonides 66%.

Esimene Hollandi valitsuse ühendatud jõupingutus psühhiaatriahaiglate voodikohtade vähendamiseks ulatub tagasi aastasse 1974. Sii leidis aset tasemete sisseviimine, kus institutsioonidesse oli võimalik sattuda (kolmas tase) alles peale esimese ja teise taseme läbimist, mis koosnevad üldisest ja ambulatoorsest vaimse tervise alasest hoolekandest. Teine tase ehk kogukonnapõhine vaimse tervise keskus pidi ülaltoodud probleeme lahendama, pakkudes erinevaid ambulatoorse psühhiaatrilise hoolekande vorme nagu psühhoterapia, psühhosotsiaalne abi, kriisisekkumine ja ennetamine.

Vaimse tervise alase hoolekande regionaalsete institutsioonide loomine ei tekitanud tõsiselt võetavaid asutusi nagu olid psühhiaatriahaiglaid ja perioodil 1980–1996 vähenes voodikohtade arv vähe. Seetõttu hakati vajalikuks pidama radikaalsemat reformi, mis viis dokumendini Nieuwe Nota Volksgezondheid

⁸⁷ Höppener APJ, Nolen WA. Dutch Mental Healthcare in the past, present and future: an international comparison. In: Schrijvers AJP, Rijsemus AH, editors. *Health and Health Care in the Netherlands*. 3rd edition. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom; 2001. pp. 20–32. Chapter 2.

⁸⁸ Schene A, Faber AMF, Becker T, Bauer M, Rutz W, editors. Mental health care reform in the Netherlands. Psychiatric reform in Europe. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2001;104(Suppl 410):4–81

⁸⁹ Wilken J.P., Dröes J.P., Weeghel. J. van en Karman E.(2003). Rehabilitatie: naar een gemeenschappelijk referentiekader. *Passage* nr. 3.

⁹⁰ H. v.d. Beek, J. Droes, J.P. Wilken, L. Zaat en J.W. van Zuthem (red.). *Buitengewoon Werk. Rehabilitatiemethodieken in Beschermd en Begeleid Wonen*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

(‘Uus riiklik raport rahvatervise jaoks’)⁹¹. See raport oli vastus nii 1983. aastal avaldatud moratooriumile, mis pidas vajalikuks psühhiaatriahaiglate ümberkujundamist, kui ka kinnituseks selle kohta, et regionaalsed vaimse tervise alase hoolekande institutsioonid ei suutnud psühhiaatriahaiglate monopoli kõigutada.

See raport tõi kasutusele mõiste ‘multifunktsionaalne üksus’, mis kujutas endast ‘kollektiivset poliitikasuunist seotuna ravile vastuvõtu, ravi, selle lõpetamise ja järelraviga’. Sellele raportile järgnenud kahe kümnendi jooksul muutus nimetatud põhimõtte erinevates soovituses ja poliitikadokumentides mitu korda.

Kõige alus oli kogukonna põhiste psühhiaatria alaste teenuste, mittestatsionaarse ravi, osalise ravi ja lühiajalise statsionaarse ravi ühendamine. Järk-järgult defineeriti eesmärgid järgmiselt: pakkuda patsiendikeskset hoolekannet, väikeseid hoolekandeesutusi ja aidata kaasa ravile võtmise vältimisele. Selles osas vaated lahknesid, kas formaliseerida vaimse tervise partnerite raamistik sellistes küsimustes nagu tavahaiglate psühhiaatriaosakondade roll multifunktsionaalsete üksuste suhtes, multifunktsionaalse üksuse piirkondlik ulatus (alla või üle 100 000 elaniku) ja nende üksuste võimekus (üle või alla 60 koha). Esimesed multifunktsionaalsed üksused avati alles 1988. Varsti otsustati, et järgneva kümnendi jooksul luuakse Hollandis ca 80 multifunktsionaalset üksust⁹².

Väljaspool institutsioone toimuv hoolekanne ja sotsialiseerimine on olnud Hollandis poliitilise debati keskmes alates 2005. aastast⁹³. Wiersma et al. leidsid, et väljaspool institutsioone ja haiglaid toimuva hoolekande (s.t. päevakeskused, psühhiaatriline ravi kodus, toetatud elamine) mõju kohta ei ole Hollandis süstemaatilisi uuringuid, kuid need andmed iseloomustaks reformide mõju ja vaimse tervise alase hoolekande kvaliteeti⁹⁴. See on aga väga oluline: psühhiaatrilise reformi õppetunnid teistes riikides näitavad alternatiivse hoolekande arendamise olulisust, rõhutades, et hoolekande kvaliteet saab kahjustada, kui alternatiivsele kogukonnapõhisele hoolekandele tähelepanu mitte pöörata⁹⁵. Samu hoiatusi on kuulda ka Hollandis, eriti suurenenud kohustusliku ravile suunamisega seoses⁹⁶.

Vaimse tervise alaste hoolekandeesutuste liitmine

Ravelli (2006) uuringud vaatlesid, kuidas arenes deinstitutionaliseerimise suunas aastatel 1993-2004 Hollandi vaimse tervise alane hoolekandesüsteem.⁹⁷ Uuring näitas, et selle alguses ehk 1993. aastal kaasatud 41 psühhiaatriahaiglat tegutsesid regionaalsel tasandil. Nad erinesid oma suuruselt ja piirkondlikult katvuselt, voodikohtade arvu, personali arvu ja käibe poolest. Kõik haiglad pakkusid

⁹¹ Tweede Kamer der Staten Generaal. *Nieuwe Nota Volksgezondheid*. Vergaderjaar 1973–1974. [Second Chamber of Parliament. New Note on Public Health 1973–1974]. Den Haag: Staatsuitgeverij; 1974. [in Dutch]

⁹² Janssen M. Wel en wee van de MFE: een eerste evaluatie van Multifunctionele eenheden in Nederland. [Pro's and con's of the MFE: a first evaluation of Multi-Functional Units in the Netherlands]. Utrecht: NcGv; 1995. [in Dutch]; Janssen M. De Multifunctionele Eenheid als kleine inrichting. [The Multi-Functional Unit as a small institute]. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid. 1995;40(7/8):66–78. [in Dutch]; Wilde de G. De opmars van de multifunctionele eenheden. [The rise of Multi-Functional Units]. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid. 1993;48(5):504–6. [in Dutch]

⁹³ Raad voor de Volksgezondheid & Zorggerelateerde dienstverlening. *Thuis in de GGZ: Advies*. [Board for Health Care and Care-related Services. At home in Mental Health Care. Advice]. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid; 1996. [in Dutch]; Raad voor de Volksgezondheid & Zorggerelateerde dienstverlening. *Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw*. [Board for Health Care and Care-related Services. Mental Health Care in the 21st century]. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid; 1998. [in Dutch]

⁹⁴ Wiersma D, Brook FG, Sytma S. Onderzoek naar het functioneren van de geestelijke gezondheidszorg. In: Jong de A, Brink van den W, Ormel J, Wiersma D, editors. *Handboek Psychiatrische epidemiologie*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom; 1999. pp. 422–440. [in Dutch]

⁹⁵ Lamb HR, Bachrach LL. Some perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatric Services*. 2001; 52(8): 1039–45. [PubMed]

⁹⁶ Hemels I. Sterke groei dwangopnames. [Strong increase in compulsory admissions]. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 1998;8:10–13. [in Dutch]

⁹⁷ Taken from: Ravelli, D.P. (2006). Deinstitutionalisation of mental health care in the Netherlands: towards an integrative approach. *Int J Integr Care*. 2006 Jan-Mar; 6: e04. Published online 15 March 2006. Allalaetud: 14. oktoober 2015. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1480375/>

üldpsühhiaatrilist ravi ja mõned ka spetsialiseeritud ravi nagu psühhogeriaatria, laste ja noorte psühhiaatriline ravi, narkosõltlaste ravi ja sunniviisiline ravi.

1993-2004 liideti pea kõik psühhiaatriaiglad vähemalt ühe regionaalse asutusega, mis pakkus ambulatoorset vaimse tervise alast hoolekannet (regionaalsed ambulatoorsed vaimse tervise alase hoolekande instituudid). Teisteks ühinemise partneriteks olid toetatud elamist pakkuvad regionaalsed institutsioonid, alkoholi ja narkosõltuvuse keskused ja teised üldpsühhiaatriaiglad. 1990. keskel eeldati, et kõik üldpsühhiaatriaiglad on võimalik liita ühe või mitme ambulatoorse vaimse tervise alase hoolekande pakkujaga aastaks 2000. 41-st üldpsühhiaatriaiglast, mis olid registreeritud 1. jaanuari 1993. aasta seisuga, oli kümme aastat hiljem 38 ühinenud vähemalt ühe regionaalse vaimse tervise alase hoolekande institutsiooniga (2004). Aastal 2015 tegutseb 30 integreeritud vaimse tervise alase hoolekande institutsiooni ja 41 spetsialiseeritud asutust, k.a 20 kogukonnas elamist võimaldavat organisatsiooni.

Aastani 2005 tehtud muudatused puudutasid peamiselt uute hoonete rajamist, suunamiste ühtlustamist ja hoolekandeprogrammi loomist. Rajati 'hoolekande mustrid' (võrgustikud), mis on organisatsiooni alaasjad, kuhu on koondatud sarnased teatud sihtgrupele mõeldud raviprogrammide või hoolekande võimalused. Ühinenud ja mitteühinenud institutsioonide võrgustikus võib eristada täiskasvanud patsientide lühiajalist psühhiaatrilist ravi, pikaajalist psühhiaatrilist ravi ja geriaatrilisi patsiente. Mõned neist võrgustikest paiknevad regionaalsetes vaimse tervise alase hoolekande keskustes, ka väikemates piirkondades loodud uutes keskustes.

Peaaegu kõik üldpsühhiaatriaiglad osalesid innovatsiooni strateegia väljatöötamises, mille eesmärk oli hoolekande jätkuvuse parandamine kõrvaldades takistused, eriti üleminekul ambulatoorselt ravilt kliinilisele ja vastupidi. Üheks eesmärgiks oli kliinilise ravi vähendamine, kui pakkumisel on piisavalt ambulatoorseid teenuseid. Teine põhimõte oli, et patsiendid saavad sotsiaalset kasu, kui neile osutatakse teenuseid kodule lähemal.

Lõpuks oli eesmärgiks ka suurem valikuvõimalus, väiksem kattuvus ja vähem auke teenuste pakkumises. Konkreetsete motiivide taga oli vajadus uute hoonete järele ja vastuvõtu võimekuse ebahühtlane jaotus nii erinevate asulate kui ka suurte linnade sees ja nende vahel. Uusi hooneid oli võimalik rajada vaid vaimse tervise alase hoolekande partnerite koostöös.

Kogukonna suunas liikumine

Üldmainitud protsessi võtmeelementideks olid loobumine haiglaravist ja detsentraliseerimine. Praktikas tähendas see statsionaarsete raviasutuste asendamist osaliselt statsionaarsete ravivormide või täielikult ambulatoorse raviga nagu koduhooldus, toetatud elamine ja Ennastkehtestava käitumise kogukondlikud meeskonnad.

Viimasel kümnendil on enamus regioone loonud FACT meeskonnad, mis osutavad intensiivravi ja psühhosotsiaalset toetust kogukonnas või toetatud elamise teenust pakkuvates asutustes elavatele psühhiaatriliste probleemidega inimestele. 'F' tähendab 'funktsioneerimist' või 'paindlikkust', viidates sellele, et tulenevalt kliendi vajadustest võib pakutav hooldus olla erineva intensiivsusega.

Kuigi on võetud suund suuremale kogukonnapõhiste mittestatsionaarsete teenuste osutamisele, pole psühhiaatriaiglate voodikohtade arv eriti muutunud. Aastal 1993 oli 23 200 voodikohta, aastal 2009 21 596. Samal perioodil kasvas oluliselt rühmakodude võimekus, 4036 kohalt 12 978 kohani. See tähendab, et kokkuvõttes on vaimse tervise alase hoolekande võimaks nii ravi kui ka asutustes pakutava hoolekande osas isegi 21% kasvanud.

1.2 Praegune olukord

Hetkel on Hollandis 82 teenuste pakkujat, k.a 31 integreeritud vaimse tervise alase hoolekande institutsiooni, 20 toetatud elamist pakkuvat regionaalset institutsiooni ja seitse psühhiaatriaiglat (k.a kohtualane hoolekanne) (GGZ Nederland, 2009).

Eelarvekärbete surve tõttu jõudis Tervishoiuministeerium 2010. aastal vaimse tervise alase hoolekande pakkujatega kokkuleppele vähendada 2020. aastaks võimekust ühe kolmandiku võrra võrreldes 2008. aastaga. See tähendab, et aastal 2020 on voodikohtade arv ca 14 400 (0,09 miljoni elaniku kohta, rahvastiku arvu juures 16 500 000). Trimbos instituudi uuringu kohaselt oli aastal 2012 võimekus 24 606 kohta raviasutustes (k.a kohtualane psühhiaatriline ravi) ja 9577 kohta kogukonnapõhistes toetatud elamise asutustes⁹⁸, mis näitab, et selleks ajaks ei olnud langust toimunud. Samas oli voodikohtade arv 2013. aastaks vähenenud 7% võrra.⁹⁹

Uue Sotsiaaltoetuse seaduse eesmärgiks, mis jõustus 1. jaanuaril 2015, on kogukonnas olevate inimeste toetamine korraldatud selliselt, et neil oleks võimalik enda eest hoolitseda ja kogukonna elus osaleda. Nimetatud seadus pani vastutuse nende teenuste eest kohalikele omavalitsustele.

Enamik omavalitsusi asutas integreeritud multidistsiplinaarsed sotsiaalhoolekande meeskonnad, mis pakuvad laia valiku teenuseid kõikidele elanikele, seega mitte ainult vaimse tervise probleemidega, vaid ka õppimisraskustega ja eakatele inimestele.

Uues süsteemis on tsentraliseeritud vaid ravi ja 24-tunnine hoolekanne, mida rahastavad ravikindlustusfondid. Kõik teised hoolekande ja toetuse vormid on muutunud omavalitsuste ülesandeks. Raha on kantud riigieelarvest üle kohalikesse eelarvetesse, aga 25% väiksemas mahus.

Saame järeldada, et Hollandis on psühhiaatrilise reformi põhirõhk olnud uute asutuste suuruse üle otsustamisel ja nende loomisel, ühendades kliinilise ja ambulatoorse ravi asutused ja vähendades vananenud psühhiaatriaiglate võimekust. Vähem tähelepanu on pööratud seadusandlusele, ühiskonna hoiakutele psühhiaatria suhtes, teiste hoolekandepakkujate (nagu perearstid) rollile, hoolekande sektorile, üldistele tervishoiuteenustele, hoolekande tasakaalustamisele ja rahastamisele, kogukonnapõhisele hooldusele nende jaoks, kes lahkuvad haiglast, sellele, kuidas toime tulla üha suureneva nõudlusega psühhiaatrilise abi järele ja vaimse tervise teenuste tegelikule kvaliteedile. Vajalik on üldisem lähenemine, mis võtaks arvesse ka ülal mainitud aspekte.

Hollandi vaimse tervise alase hoolekande deinstitutionaliseerimist iseloomustab kaks vastandlikku trendi: tendents suurema haiglaravi poole seoses vanade vaimuhaiglate ja nende hoonete arvu vähendamisega; ja suhteliselt suur kogukonnapõhise psühhiaatria osakaal seoses kohalike vaimse tervise alase hoolekandekeskuste ja mobiilsete meeskondade rajamisega. Võrreldes teiste riikidega on Hollandi voodikohtade arv siiani üks kõrgemaid.

Juunis 2012 nõustusid Hollandi valitsus, tervisekindlustuse pakkujad, vaimse tervise organisatsioonid, vaimse tervise professionaalid ja vaimse tervise klientide organisatsioonid muutma ühe kolmandiku institutsionaalseid vaimse tervishoiu voodikohtasid kogukonnapõhiseks vaimse tervise alaseks hoolekandeks ja seda järgneva kaheksa aasta jooksul. See tähendab aastatel 2012-2020 umbes 8000-10000 institutsionaalse voodikoha kaotamist.

Uus Sotsiaaltoetuse seadus ja sellega seotud muutused tervisekindlustuse seaduses stimuleerivad rohkem integreeritud kogukonnapõhiste teenuste arendamist. Kuna need arengud on alles uued, peavad järgnevatel aastatel tehtavad uuringud näitama, milline nende mõju on olnud.

2. Teenused õpiraskustega inimestele

Arvatakse, et Hollandis on 110 000 intellektipuudega inimest¹⁰⁰. 26% nendest kasutab mingit liiki spetsiaalset majutusteenust, samas kui 14% on koduhooldusel. Hoolekannet osutavad institutsioonid

⁹⁸ Hoof, F. van, M. van Vugt, A. Knispel, H. Kroon (2012). Bedden tellen. Afbouw van de intramurale GGZ. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 67, 6, 298-209.

⁹⁹ Knispel, A., M.E. Haggenburg, F. van Hoof (2013). *Landelijke Monitor Intramurale GGZ. Eerste meting – 2012*. Utrecht: Trimbos-instituut.

¹⁰⁰ ANED (2009) The Netherlands – ANED country profile <http://www.disabilityeurope.net/content/pdf/Netherlands%20ANED%20country%20profile.pdf> In their report ANED cites estimates from the EU Monitoring and Advocacy Programme, Open Society Institute (2006) Rights of people with Intellectual

on mittetulunduslikud eraõiguslikud organisatsioonid, mida rahastab valitsus¹⁰¹. Alates 2015. aastast on eristatud kogukonnapõhised teenused nagu päevakeskused, rühmakodud ja isikustatud toetus, mida rahastab kohalik omavalitsus (Sotsiaaltoetuse seadus) ja võimalused 24-tunni hoolduseks ja järelevalveks, mida rahastatakse keskselt (Pikaajalise hoolekande seadus). Kõikidel klientidel on võimalus kasutada isikustatud eelarvet. Sellisel juhul maksavad nad teenuste eest, mida nad kasutavad. On võimalik omada ka eelarvet, kus maksmine toimub otse teenuse pakkujale.¹⁰²

Hollandis ei ole puuetega inimesi puudutatavat riiklikku strateegiat¹⁰³. Aastal 2003 jõustus Puuetega inimeste võrdse kohtlemise seadus. Hollandi valitsus võttis selle seaduse vastu, et luua puuetega inimestele seadusandlik raamistik võrdsete õiguste kasutamiseks. Hollandi valitsuse poliitiline lähenemine puuetega inimeste võrdsele kohtlemisele keskendub nende kaasamisele ja võrdsele osalusele ühiskonnas. Praktikas tähendab see, et puuetega inimestel on juurdepääs haridusele, töökohtadele, tervishoiule, avalikule ruumile ja see toetab nende iseseisvat toimetulekut.

Valitsus on ka öelnud, et kaasavama ühiskonna loomine on nii ühiskonna kui ka puuetega inimeste ülesanne. Sotsiaaltoetuse seaduse vastu võtmine 2000. aastal ja selle muutmine 2015. aastal on näide sellisest poliitikast, sest rõhutatakse iseseisva toimetuleku olulisust ning viiakse toetuse ja hoolekande osutamine riiklikult tasandilt kohalikule, s.t. omavalitsuste vastutada.

Viimasel kümnendil on Hollandi valitsus algatanud poliitikameetmeid suurendamiseks puuetega inimeste osalemist tööturul (s.h tavapärase tööturg, täis- ja osakoormusega töötamine, toetatud töötamine). Valitsus on töötamise toetamiseks otsustanud eraldada rahalist toetust:

- Pakkudes töandjatele toetusi puuetega inimeste palkamiseks;
- Pakkudes puuetega inimestele, kes on võimelised töötama, hariduslikku ja lõimumise alast toetust;
- Piirates kõrgema taseme toetuste saajate õigusi toetust saada.

Vaatamata neile stiimulitele on puuetega inimeste avatud tööturule sisenemisel ikkagi takistusi.¹⁰⁴

Hariduse valdkonnas leiame hariduslike erivajaduste süsteemi. Samas edendatakse ka kaasavat haridust mis tähendab, et puuetega lapsed peaksid käima üldjuhul tavakoolis. Koolidele eraldatakse lisavahendeid, et nad saaksid neile lastele vajalikku tähelepanu osutada. Samas on eelarved piiratud ja tihti ebapiisavad. Aastal 2007 allkirjastati ÜRO Puuetega Inimeste Õiguste Konventsioon, aga seda ei ratifitseeritud. Ratifitseerimine arvatakse lõppevat 2015. aasta lõpus või 2016. aasta alguses.

3. Noorte hoolekanne

Lähematel aastatel on kavas Hollandi noorte hoolekandesüsteemi detsentraliseerimine ja muutmine. Alates aastast 2015 vastutavad omavalitsused kõikide noorte hoolekandeteenuste eest. Uus noorte hoolekandesüsteem peaks olema efektiivsem, ühtlasem ja majanduslikult efektiivsem. Keskendumine ennetamisele, noorte ja vanemate võimetele, inimeste vajadustele vastavale hoolekandele ja paremale

Disabilities: Access to Education and Employment. Summary Reports, The Netherlands. Open Society Institute, Hungary. www.eumap.org http://www.osmhi.org/contentpics/202/id_nl.pdf

¹⁰¹ Applica & CESEP & European Centre (2007) Study of the Compilation of Disability. Statistical Data from the Administrative registers of Members States.

¹⁰² Health and Personal Social Services for People with Disabilities in The Netherlands. A Contemporary Developments in Disability Services Paper. NDA, 2011. Allalaetud oktoober 2015: <http://nda.ie/Policy-and-research/Research/Research-publications/Developing-Services-for-People-with-Disabilities/Health-and-Personal-Social-Services-for-People-with-Disabilities-in-The-Netherlands/>

¹⁰³ Schoonheim, J., and Smits, J. (2009) Report on the social inclusion and social protection of people with disabilities in European countries. The Netherlands. ANED(Academic Network of European Disability Experts) www.disability-europe.net/

¹⁰⁴ Schoonheim, J. and Smits J. (2009). *Report on the employment of disabled people in European countries. The Netherlands*. ANED (Academic Network of European Disability Experts) www.disability-europe.net/

koordineerimisele professionaalide vahel peaks vähendama spetsialiseeritud teenuste kasutamist. Allpool toodud info on võetud suuresti Hollandi noorte instituudi koostatud infomaterjalist¹⁰⁵.

Teenuste süsteem

Hollandi noorte hoolekandesüsteem koosneb:

- Üldteenustest;
- Ennetavatest teenustest;
- Spetsialiseeritud teenustest.

Üldteenused

Noorte poliitika eest vastutavad 403 Hollandi omavalitsust. Üldteenusteks on nt noorsootöö, lastehoid ja tavakoolid. Need teenused on suunatud laste normaalse arengu tagamisele ja selle ennetamisele, et laste ja perede väikestest probleemidest kasvavad välja suured. Kohalikud omavalitsused püüavad üldteenuseid tugevdada nii, et spetsialistidel oleks võimalik lahendada adekvaatselt laste kasvatamisega seotud väikeseid probleeme ja märgata tõsisemaid. Hollandi omavalitsused soovivad ka aidata kaasa suuremale koostööle erinevate üldteenuste vahel.

Ennetavad teenused

Omavalitsused vastutavad ka ennetava noortepoliitika eest. Ennetavad teenused (või esmased noorte hoolekandeteenused) on nt laste tervishoid, üldine sotsiaaltöö, toetus vanemaks olemisele ning noorte- ja perekeskused. Need on suunatud probleemide märkamisele nende väga varajases faasis, sekkumisele varajases faasis, toetuse koordineerimisele ja laste ja perede suunamisele piirkondlike noorte hoolekandeteenuste juurde.

Ennetavate teenuste alla kuulub ka üldteenuste spetsialistide erialane koolitus ja ennetavad programmid nende teenuste raames. Ennetavaid teenuseid rahastavad erinevad asutused, aga omavalitsused vastutavad nende sobiva pakkumise vahendamise ja teenuste vahelise koostöö koordineerimise eest noorte- ja perekeskustes.

Spetsialiseeritud teenused

Kuni aastani 2015 vastutasid Hollandi 12 maakonda ja 3 suurt linnapiirkonda nn noorte hoolekandetasutuste ja hoolekandeteenuste eest. Spetsialiseeritud teenusteks on nt piirkondlikud noorte hoolekandeteenused, noorte vaimse tervise alased ja lastekaitse teenused.

Piirkondlikud noorte hoolekandetasutused on noortele esmase pakkumise kohaks. Need sõltumatud asutused hindavad laste ja perede vajadusi ja olukorda, kellel on tõsised arengu/vanemaks olemise probleemid ja suunavad nad vajalike teenuste juurde. Piirkondlikud noorte hoolekandetasutused vastutavad ka hoolekande, lastekaitse ja kriminaalhoolduse koordineerimise eest. Nende teenuste hulka kuulub intensiivne ambulatoorne toetus ja spetsialiseeritud pedagoogiline toetus mitmete probleemidega peredele nende kodus, pooleldi asutustes osutatav hoolekanne, asutustes osutatav hoolekanne ja kasupered.

Nn hoolekande ja nõustamise meeskonnad on sild ennetava noorte hoolekande, noorte hoolekande ja esimese, teise ja kolmanda taseme hariduse vahel. Need meeskonnad koosnevad noorte- ja perekeskuste spetsialistidest (peamiselt laste tervishoiu alal) ja noorte hoolekandeametite spetsialistidest, haridusspetsialistidest, sotsiaaltöötajatest, politseinikest ja laste koolist puudumist uurivatest spetsialistidest. Nende meeskondade eesmärgiks on toetada koole riskigruppi kuuluvate õpilaste probleemide avastamisel ja lahendamisel varajases faasis. Nn hoolekande ja nõustamise meeskonnad toetavad koole ka riskigruppi kuuluvate õpilaste ravile suunamisel ja osutavad koordineeritud, rohkem spetsialiseeritud hoolekannet.

¹⁰⁵ Bosscher, N. (2014). *The decentralisation and transformation of the Dutch youth care system*. Utrecht: Netherlands Youth Institute.

Hollandis on valitsus vastutav hariduslike erivajaduste valdkonda kuuluvate teenuste, vaimsete puuetega noorte hoolekande, noorte õigusrikkujate institutsioonide ja ka turvalise hoolekande eest. Tervisekindlustusfondid vastutavad noorte vaimse tervise alase hoolekande eest. Lapsi ja peresid saab nende teenuste juurde suunata mitmel viisil, vastavalt hoolekande tüübile. Peamine süsteemi sisenemise viis on noorte hoolekandeesutuste kaudu, aga oluline roll on siin nt ka perearstidel.

Lastekaitse

Laste väärkohtlemise nõustamise ja teavitamise keskus on samuti osa Noorte hoolekandeametist. Erialaspetsialistid ja kodanikud saavad ametist nõu küsida, kui tekib kahtlus, et last väärkoheldakse või ta on hooletusse jäetud. Nad võivad ametit teavitada ka laste väärkohtlemise kahtlustest. Samas ei ole erialaspetsialistidel seadusandlikku kohustust laste väärkohtlemisest teada anda. Laste väärkohtlemise nõustamise ja teavitamise keskus uurib nendeni jõudnud kahtlusi ja väärkohtlemise või hooletusse jätmise korral püüab leida sobivaid lahendusi koostöös laste ja nende vanematega. Tõsised juhtumid ja juhtumid, kus vanemad ei taha koostööd teha, annab amet üle Laste hoolekande ja kaitse ametile.

Turvalisuse ja justiitsministeerium on vastutav Laste hoolekande ja kaitse ameti tegevuse eest. Ameti peamisteks ülesanneteks on pakkuda kaitset, nõustada kohtuid laste eestkostes osas ja teistes küsimustes, mis puudutavad vanemate lahutust ja teostada järelevalvet alaealiste kurjategijate kohtlemise osas. Peale nende juurde suunamist kontrollib amet, kas lapse areng on tõepoolest ohustatud ja kui, siis millisel määral. Amet annab seejärel nõu alaealiste kohtutele, mille võimuses on viia ellu laste kaitset nende vanemate eest, kehtestada järelevalve või tühistada vanemate õigused. Järelevalve tähendab, et vanemate õigusi piiratakse ja need võetakse osaliselt üle seadusliku esindaja poolt. Kui vanemlikud õigused võetakse täielikult ära, määratakse eestkostja.

Koduvägivalla toetuskeskus on keskus, kus erialaspetsialistid, ohvrid, kurjategijad ja teised koduvägivalla osalised saavad küsida nõu koduvägivalla lõpetamiseks. See keskus on n.ö esimene kontaktpunkt kohalike ja piirkondlike võimuorganite jaoks, kes teevad koostööd. 35 suurt omavalitsust vastutavad nende koduvägivalla toetuskeskuste toimimise eest.¹⁰⁶

Probleemid praeguses noorte hoolekandesüsteemis

Praegusel noorte hoolekandesüsteemil on Hollandis mitmeid probleeme:

1. Fookuse tasakaalustamatus

Puudub tasakaal selles osas, kui palju tähelepanu osutada normaalsele arengule, kui palju ohustatud arengule. Spetsialiseeritud teenused on rohkem rahastatud kui üldised ja ennetavad.

2. Fragmenteeritus

Noorte hoolekandesüsteem ei ole piisavalt läbipaistev, sest on palju erinevaid teenuseid, seadusi, vastutavaid ja rahastavaid ameteid, erialaühendusi ja valdkondlikke organisatsioone. Uuenduste sisseviimine on tihti keeruline.

3. Tavapärase klientide suunamispraktika

Kuna eksisteerib palju erinevaid spetsialiseeritud teenuseid, ei ole ühel organisatsioonil tihti võimalik kõiki laste, noorte ja nende perede vajadusi täita ja neid abistada. Seetõttu suunatakse nad erinevate organisatsioonide poole, mis ei tee tihti omavahel väga head koostööd. Nende organisatsioonide vastuvõtuprotseduurid on samuti keerukad ja võtavad palju aega, mis takistab lastel ja peredel saada vajalikku abi nii kiiresti kui neil seda vaja oleks.

4. Suurenenud hoolekandevajadus, ravimite kasutamine ja kulud

Nõudlus erihoolekande järele suureneb igal aastal umbes 10%. Terviseuurijate arvates ei saa seda tõusu selgitada probleemide kasvuga. Selle põhjuseks tundub olevat nii probleemide parem avastamine ja varem mainitud teenuste tasakaalustamatus, noorte hoolekandesüsteemi killustatus ja suunamiste domineerimine. Lapsi ja peresid suunatakse spetsialiseeritud teenuste juurde liiga

¹⁰⁶ De Baat, M., Van der Linden, P., Kooijman, K., & Vink, C. (2011). Combating child abuse and neglect in the Netherlands. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

kergekäeliselt ja normist kõrvale kalduvat käitumist ravitakse liiga sageli arstirohtudega. Spetsialiseeritud hoolekande suurem kasutamine toob kaasa ka kulude kasvu.

5. Juhitamatus

Kui ühte liiki teenuseid rahastatakse vähem, suureneb nõudlus teiste teenuste järele. Nt noorte vaimse tervise alase hoolekande kasutamise piiramine selle rahastaja poolt võib viia suurema piirkondliku noorte hoolekande vajamiseni.

Ülalmainitud probleemide tõttu ei pruugi lapsed ja pered saada vajalikul määral abi: nad saavad seda liiga palju või liiga vähe.

Valdkondlik seadusandlus

Kuni aastani 2015 oli Noorte hoolekandeseadus (2005) ohustatud noortele ja nende peredele osutatavate noorte hoolekandeteenuste seadusandlik raamistik. Selle eesmärk oli:

- Tagada, et noortele ja nende vanematele on kättesaadav kõrgetasemeline hoolekanne;
- Tugevdada noorte ja nende vanemate positsiooni.

Vastavalt sellele seadusele said õiguse noorte hoolekandele lapsed, keda suunas süsteemi Noorte hoolekandeamet. Noorte hoolekandeseadust (2005) on muudetud ja uus Noorte seadus jõustus 1. jaanuaril 2015. Hetkel vastutavad omavalitsused kõikide noorte hoolekandevormide eest, k.a vaimse tervise alane hoolekanne.

Noorte seadus (2015)

Uus Noorte seadus koondab endasse kõik omavalitsuste noorte hoolekandesüsteemi puudutavad ülesanded ja vahendid. Uus seadus asendab ka teiste seaduste osi, mis puudutavad selliseid küsimusi nagu laste ja noorte vaimse tervise alane hoolekanne ja puuetega laste ja noorte hoolekanne. Hollandi valitsuse seisukoha kohaselt peaks uus seadus muutma Hollandi noorte hoolekandesüsteemi ühtsemaks, läbipaistvamaks, efektiivsemaks ja odavamaks. Tuleb vähendada survet spetsialiseeritud teenustele. Uus Noorte seadus korraldab süsteemi ümber, detsentraliseerides ja muutes seda järgmiselt:

- Kõikide noortepoliitikat puudutavate administratiivsete ja rahaliste kohustuste detsentraliseerimine riigi ja regioonide valitsustelt kohalikele omavalitsustele.
- Praeguse poliitika ja praktika fookuse ja praktika muutumine.

Noorte seadus loob selguse riigi ja omavalitsuste vahelises kohustuste jagunemises, mis puudutab hoolekande kvaliteeti. Laste õigus saada noorte hoolekannet ei ole uues Noorte seaduses nii selgesõnaliselt välja toodud nagu see oli vanas. Selle asemel ütleb seadus, et aastast 2015 on kohalikel omavalitsustel kohustus pakkuda piisavalt hoolekannet, nii kvalitatiivselt kui kvantitatiivselt. Võttes vastu uue Noorte seaduse nõustus Hollandi valitsus detsentraliseerima kõik noorte poliitikat puudutavad administratiivsed ja rahalised kohustused riigi ja piirkondade tasandilt omavalitsustele. See tähendab, et omavalitsused muutuvad vastutavaks suure hulga lastele ja peredele suunatud teenuste eest, mis ulatuvad üldistest ja ennetavatest teenustest varem mainitud spetsialiseeritud (nii vabatahtliku kui ka kohustusliku) hoolekandeni. See peaks võimaldama omavalitsustel arendada integreeritud poliitikaid ja pakkuda hästi koordineeritud isikustatud hoolekannet ja toetust, mis vastab kohalikele olustikule ja individuaalsetele vajadustele. See detsentraliseerimine peaks võimaldama ka kulusid kokku hoida.

Uues noorte hoolekandesüsteemis on omavalitsustel kohustus pakkuda teenuseid lastele, peredele ja spetsialistidele. Seda sellisel viisil, et lapsed saavad turvaliselt ja tervelt üles kasvada, muutuvad iseseisvaks ja osalevad sotsiaalses elus vastavalt oma eale ja arengutasemele. Omavalitsus otsustab, millised teenused on kättesaadavad kõikidele lastele ja peredele ning milliseid osutatakse ainult erivajadustega lastele ja peredele.

Kohalikud noorte- ja perekeskused on esmaseks kontaktpunktiks kohalike noorte hoolekandeteenuste osas nagu ka varem mainitud multidistsiplinaarsete kogukondlike meeskondade jaoks. Samuti saavad ennetavate ja spetsialiseeritud noorte hoolekandeteenuste juurde suunata lapsi ja peresid perearstid, lastearstid ja teised meedikud.

Uus Noorte seadus ütleb, et omavalitsused peavad looma koha, kus noored ja spetsialistid saavad küsimusi esitada, nõu saada ja oma muresid jagada selles osas, mis on seotud kasvatamise, arengu ja laste turvalisusega. Vanemaid ei ole selles seaduses eraldi välja toodud, aga Sotsiaaltoetuse seaduses on öeldud, et omavalitsused peavad koostama plaani vanemlike probleemidega lapsevanematele osutatava ennetava toetuse kujundamiseks, pakkumiseks ja kvaliteedi tagamiseks.

Sotsiaaltoetuse seadus 2015

Teine uus seadus on 2015. aasta Sotsiaaltoetuse seadus, mis asetab vastutuse sotsiaaltoetuse ja kõikide inimeste ühiskonna kõikides sfäärides osalemise eest omavalitsustele ning seda, kui vaja sõprade, pere ja tuttavate abiga. See täiendab Noorte seadust ja pakub toetust lastele ja abi lastevanematele vanemlikes küsimustes läbi:

- Info ja nõustamise;
- Võimalike probleemide tuvastamise;
- Abistamise;
- Pedagoogilise abi;
- Hoolekande koordineerimise.

Nn Laste väärkohtlemise nõustamise ja teavitamise keskus ja Koduvägivalla toetuskeskus ühendatakse üheks asutuseks: Koduvägivalla ja laste väärkohtlemise nõustamise ja teavitamise keskuseks. Omavalitsused peavad looma oma haldusalas sellise keskuse, selle ülesanded on toodud Sotsiaaltoetuse seaduses:

- Nõustada inimesi, kellel on muresid seoses laste/perega;
- Registreerida koduvägivalla ja laste väärkohtlemise teavitusi ja kahtlusi;
- Uurida nendeni jõudnud juhtumeid;
- Otsustada, milliseid samme järgmiseks astuda;
- Kutsuda organisatsioone pakkuma lastele ja peredele vajalikku toetust ja hoolekannet;
- Kui vaja, pöörduda politsei või Laste hoolekande ja kaitse ameti poole;
- Kui vaja, teavitada linnavalitsust Laste hoolekande ja kaitse ametile esitatud raportist;
- Teavitada kaebuse tegijaid sellest, kuidas nende kaebust on menetletud.

Omavalitsused peavad tegema piirkondlikul tasandil koostööd, sest nad on liiga väikesed, et kõiki küsimusi üksi lahendada, nad ei ole suutelised toime tulema nõudluse muutumisega kalli hoolekande järele, ei oma spetsialiseeritud ekspertiisi, neil on olulisi partnereid, kes teevad koostööd regionaalsel tasandil ja nad ei oma suurtes regionaalsetes haridusalastes ühendustes üksi eriti otsustusõigust. Omavalitsused on moodustanud regionaalsed ühendused korraldamaks hooldust asutustes, kasuperedes, lastekaitse meetmeid, noorte kriminaalhooldust, teatud tüüpi spetsialiseeritud hooldust ja selle turvalisust. Omavalitsused otsustavad, millist hoolekannet pakkuda kohalikul ja millist regionaalsel tasandil. Erineb ka ühenduste suurus, võimalikud on ühendused mitme regionaalse ühenduse vahel pakkumaks väga spetsialiseeritud hoolekannet. Omavalitsused peaksid tegema koostööd ka piirkondlike haridusalaste ühendustega. Tegelikuses eksisteerib ca 45 piirkondlikku noorte hoolekande ühendust.

Omavalitsused saavad vahendeid riigi valitsuselt pakkumaks noorte hoolekandeteenuseid vastavalt kulude jaotuse valemile. Aastal 2015 oli noorte hoolekande eelarve suurus ca 3 protsenti, mis kasvab 2018. aastaks 15 protsendini.

Muutused

Viimastel aastatel on paljud Hollandi sihtrühmad avaldanud arvamust ideaalse noorte hoolekandesüsteemi osas. Mitmed sihtgrupid nagu Hollandi noorte instituut ja Sotsiaalarengu nõukogu on pidanud vajalikuks noorte hoolekandesüsteemi muutmist, mitte ainult detsentraliseerimist¹⁰⁷.

¹⁰⁷ Van Yperen, T., Bakker, K., & De Wilde, E.J. (2013). *Transformeren met beleid. Maatschappelijke resultaten, kwaliteitsindicatoren en ombouwscenario's transitie jeugdzorg*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
Van Yperen, T., & Van Westering, Y. (2010). *Pijlers voor nieuw jeugdbeleid*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Hollandi valitsus on neid soove kuulda võtnud. Sihtrühmade arvamusi on edasi arendatud ja neist mitmed sisalduvad uues Noorte seaduses.

Vastavalt Noorte seadusele on toetuse ja hoolekande fookus laste problemaatilise arengu asemel nende normaalsel arengul. Esmased noorte poliitika ülesanded on:

- Laste, noorte, vanemate ja nende sotsiaalse keskkonna võimekuse aktiveerimine, taastamine ja tugevdamine, et probleeme lahendada.
- Lastevanemate ja nende sotsiaalse keskkonna vanemlike oskuste parandamine nii, et nad suudavad kanda laste ja noorte kasvatamise täit vastutust. Omavalitsused peavad tugevdama perede, piirkondade, naabruskondade, koolide, mänguväljakute ja laste päevahoidude pedagoogilisi oskusi. Ja nende poliitikad peavad olema suunatud laste ja noorte turvalisuse parandamisele;
- Ennetamine, varajane avastamine ja varajane toetus.
- Õigeaegselt sobiva hoolekande osutamine, mida pakutakse kodu lähedal. Siia alla kuulub laste ja noorte turvalisuse tõstmine ja koduväline hoolekanne keskkondades, mis sarnanevad kõige enam perekondadega, nagu kasupered.
- Efektiivne ja tõhus peresid puudutav koostöö.

Spetsialistidel peab olema piisavalt vabadust toetamaks lapsi ja nende peresid. Nad peavad töötama põhimõttel 'üks perekond, üks plaan ja üks juhataja', mis tähendab, et igal perel peab olema ainult üks abiplaan, mis sisaldab laste kasvatamise jaoks erinevaid toetusi. Osutatavat abi peab koordineerima üks spetsialist. See professionaal peab olema osa multidistsiplinaarsest naabruskonna meeskonnast, kuhu kuuluvad erinevate tervishoiu- ja hoolekande spetsialistid valdkondadest nagu noorte hoolekanne, noorte tervishoid, ennetav sotsiaaltöö ja noorte vaimse tervise alane hoolekanne. Naabruskonna meeskondade osutatava abi sihtrühmad ja tõsidus sõltub fookusest, mille valib omavalitsus, kus nad tegutsevad. Lisaks peab uus süsteem stimuleerima vähem ravimite kirjutamist lastele, kellel on (võimalikud) arenguhäired.

Kvaliteedikontrolli meetmed

Tagamaks noorte hoolekande kvaliteeti võetakse kasutusele täiendavad kvaliteedimeetmed. Näiteks:

Noorte seadus toob ära noorte hoolekande kvaliteedikriteeriumid.

Teenused, mis puudutavad lastekaitset ja noorte kriminaalhooldust, peavad olema sertifitseeritud.

Noorte hoolekandesüsteemi ja teenuste järelevalve on nii riigi kui kohaliku omavalitsuse ülesanne. Hollandi omavalitsuste liit ja riigi valitsus on välja töötanud teenuste tulemusnäitajad, mida omavalitsused saavad kasutada.

Erialast hoolekannet osutataval spetsialistidel peab olema kutsetunnistus ja nende tausta peab olema kontrollitud politsei.

Hollandi noorte instituut on välja töötanud juhised noorte hoolekandesüsteemi detsentraliseerimiseks järgmiste muudatuste kaudu:

1. Alustada ülevaatega lapsi ja noori puudutavate asjade seisust eelnevalt läbi viidud uuringute põhjal. See hõlmab laste ja noorte probleemide arvukust ja tõsidust, riskitegureid ja toetavaid aspekte.
2. Sõnastada eesmärgid tulenevalt praegusest olukorrast ja koostöös kodanike ja teenuse osutajatega.
3. Saada ülevaade toetuse ja hoolekande pakkumisest, kvaliteedist, tulemustest ja efektiivsusest.
4. Kujundada süsteem ümber koostöös haridusteenustega, pakkudes tervet rida teenuseid (tsiviilühiskonna ehitamisest kuni teenusteni, mis on hõlmavad kodust eemal elamist). Tugevdada süsteemi iga osa. Püüda osutada hoolekannet nii vara kui võimalik ja nii kodu lähedal kui võimalik.
5. Valida ja toetada teenuseid, toetudes eelpool mainitud tegevuste tulemustele.
6. Jälgida protsessi ja vajadusel plaane ja tegevusi muuta.

4. Puuetega Inimeste Õiguste Konventsioon

Holland allkirjastas konventsiooni aastal 2007. Ratifitseerimine toimub eeldatavalt aastal 2016. Seega on ratifitseerimiseks kulunud üle 8 aasta. Kogu selle aja jooksul on Hollandi kaasamise koalitsioon teinud *lobby*-tööd, et konventsioon ratifitseeritaks. Kaasamise koalitsioon kujutab endast tugevat

võrgustikku kaasamise ja puuetega inimeste õiguste valdkonnas, mis koosneb puuetega inimeste organisatsioonidest, oma õiguste eest seisjatest, vanematest, teenuste pakkujatest, haridusorganisatsioonidest ja inimestest, kes aitavad kaasa puuetega inimeste kaasamisele. Hollandi valitsus on öelnud, et enamus konventsioonis toodud õiguseid sisalduvad juba olemasolevates seadustes ja lepingutes ning see aeg oli vajalik selgitamiseks, mida peaks muutma.

Hollandis on keeruline seaduste ja regulatsioonide võrk, mis vastab ÜRO Puuetega Inimeste Õiguste Konventsiooni põhimõtetele¹⁰⁸. Viimastel aastatel on koostatud ja jõustatud uusi seadusi ning olemasolevaid muudetud. Need arengud peegeldavad üha enam konventsiooni sotsiaalse kaasamise filosoofiat. Kõige olulisemateks näideteks on Sotsiaaltoetuse seadus aastal 2007; parandused Puuetega inimeste võrdse kohtlemise ja krooniliselt haigete inimeste seaduses, kuhu lisati võrdne kohtlemine hariduses ja ühistranspordis; ja Osalusseadus aastal 2015, mille eesmärgiks on luua võrdsed võimalused tööturul. Kõik need kolm seadust edendavad osalemist ja kaasamist kogukonnas, mittediskrimineerimist, võrdseid võimalusi ja juurdepääsu kõigi ühiskonna liikmete jaoks.

Sotsiaaltoetuse seadus loob seadusandliku aluse, jättes kohalikele omavalitsustele piisavalt võimalusi oma poliitikate elluviimiseks. Nad peavad tegelema ebavõrdsusega, aga kuidas nad seda teevad saab iga omavalitsus ise otsustada. Hariduse esimesel ja teisel tasemel ei ole Hollandi poliitika ÜRO konventsiooniga vastavuses. Suunatud haridus ei ole vastavuses mitmekesiste klasside põhimõttega, mis hõlmavad nii puuetega kui puueteta inimesi. Hollandi poliitika on suunatud puuetega inimeste optimaalsele arengule, aga mitte kõikehõlmava hariduse vormis. ÜRO konventsiooni ratifitseerimine tähendaks selle poliitika muutmist. Kõrgemal professionaalsel ja akadeemilisel tasemel võib haridust pidada kaasavaks, sest hariduse kolmandal tasemel ei tehta vahet peavoolu ja eriharidusel. Kõrgkoolid ja ülikoolid on kohustatud võimaldama puuetega õpilastel hariduses osaleda, tehes selleks mõistlikke kohandamisi.

Lahendamatu probleem on puuetega ja puueteta inimeste ebavõrdne tööhõive 'normaalsetel' töökohtadel. Kahe grupi vahel on suured erinevused. Puuetega inimestel on peavoolu tööturule siseneda oluliselt raskem. Valitsuse poliitika ei ole siin suuri muutusi kaasa toonud, mis puudutab puuetega inimeste toetusi saavaid noori ja toetatud töökohtadel töötavaid inimesi. Uus Osalusseadus teeb tööandjatele kohustuslikuks 'anda oma parim' ja see on vajalik, sest praeguse hetke seadusandlus ei ole olnud võimeline kaasavat tööturuga looma.

Kaasamise koalitsioon on dokumenteerinud rea juhtumeid, mille puhul on puuetega inimeste õigusi rikutud¹⁰⁹. Hollandis on nüüd loodud Hollandi Inimõiguste instituut, mis selgitab, teostab järelevalvet ja kaitseb inimõigusi, edendab austust inimõiguste vastu (k.a võrdne kohtlemine) praktikas, poliitikas ja seadusandluses ning suurendab inimõiguste alast teadlikkust Hollandis. Hollandi seadusandlus ja regulatsioonid loovad raamistikud ja reeglid peaaegu kõigis eluvaldkondades nii, et kaasava ühiskonna loomine oleks võimalik. Hollandi Inimõiguste instituudi tähelepanu saab juhtida olukordadele, kus seadusandlus ja poliitika ei vasta puuetega inimeste õigustele, mis juhib tähelepanu, teostab järelevalvet ja kaitseb inimõigusi, edendab inimõigusi (k.a võrdne kohtlemine) praktikas, poliitikas ja seadusandluses ning suurendab inimõiguste alast teadlikkust Hollandis.

Kuidas seadusandlus ja poliitika rakenduvad praktikas määrab lõpuks selle, kas kaasav ühiskond saavutatakse või mitte. See on koht, kus kaasamine peab lõpuks rakenduma.

¹⁰⁸ Knevel, J. (2013). *The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Implications for social inclusion and support in the community Status of the convention in the Netherlands*. Utrecht: Research Centre for Social Innovation of HU University of Applied Sciences.

¹⁰⁹ Smits, J. (2011). *Violations of Human Rights of people with disabilities in the Netherlands*. Paper: Stichting Perspectief/NGO Foundation Perspectief.

Lisa 4. Deinstitutionaliseerimine ja kogukonnapõhiste teenuste arendamine Suurbritannias

Raport: dr. Jean Pierre Wilken
November 2015

Sissejuhatus

Käesolev raport koosneb järgmistest osadest. Alustame lühikese ülevaatega DI ajaloost ja kogukonnapõhiste teenuste üleminekust (1.1). Selle osa põhirõhk on vaimse tervise alasel hoolekandel, kuid selle ajalugu kulgeb paralleelselt intellektipuudega inimeste hoolekande DI-ga. Seejärel kirjeldame mõningaid arenguid toetatud elamise valdkonnas (1.2) ja vaatame kogukonnapõhise hoolekande maksumust (1.3). Võtame kokku uuringu peamised tulemused (1.4) ja lõpetame hetkel jõus oleva Vaimse tervise seaduse kokkuvõttega.

Teine osa keskendub õpiraskustega inimestele osutatavatele teenustele. Kolmandas osas anname ülevaate noortele suunatud hoolekandeteenustest. Neljandas osas kirjeldame sotsiaalse kaasatuse edendamiseks tehtud tegevusi. Viiendas osas on ära toodud ÜRO konventsiooni puudutavad arengud.

Suurbritannia puhul keskendume Inglismaale, Šotimaa ja Põhja-Iirimaa (alates 1998) ja Wales (alates 1999) on kujundanud ise oma vaimse tervise poliitika ja teenuste osutamise süsteemid. Igas piirkonnas on koostatud ka vaimse tervise strateegiad ja raamistikud, mis neid poliitika kirjeldavad. Riigi erinevates osades välja töötatud poliitikate vahel on rida kokkulangevusi, s.h statsionaarse ravi voodikohtade vähendamine, suurema hulga kogukonnapõhiste teenuste arendamine, vaimse tervise alaste teenuste kasutajate ja hooldajate suurem kaasamine hooldust puudutavatesse otsustesse, enesetappude vähenemine, huvide kaitse ja kogemusnõustamise teenuste kasv ning suurem rõhk hoolekandes taastumise mudelile.

Mis puudutab seadusandlust, siis lisaks Vaimse tervise seadusele 2007. aastal, Tervishoiu ja sotsiaalhoolekande seadusele 2012. aastal ning Laste ja perekondade seadusele 2014. aastal jõustus 2015. aasta aprillis uus Hoolekande seadus¹¹⁰. See paneb tugeva rõhu isikustatud hoolekandele ja toetuste planeerimisele, isikustatud eelarvele ja isikustatud tervishoiu eelarvele. Isikustatud eelarvele on seaduses viidatud esimest korda. Hoolekande seadus lihtsustas hoolekandele ja toetustele juurdepääsu ja ühtlustas seda üle kogu riigi. Olukorras, kus täiskasvanud inimesel on keeruline tervislik probleem ja suur hoolekande vajadus, osutab Riiklik Tervise Amet teenust nimetusega Riikliku Tervise Ameti jätkuv tervishoid. Nimetatud teenuse raames teostatakse hoolekannet ja osutatakse toetust inimese enda kodus, hooldekodus või hosiipsis¹¹¹.

¹¹⁰ <https://www.gov.uk/government/publications/care-and-support-whats-changing/care-and-support-whats-changing>

¹¹¹ <http://www.nhs.uk/Conditions/social-care-and-support-guide/Pages/nhs-continuing-care.aspx>

1. Vaimse tervise alane hoolekanne

1.1 Ajalugu

Suurbritannias on deinstitutionaliseerimisel ja kogukonnapõhiste teenuste arendamisel pikk ajalugu.¹¹² Aastal 1971 tegi valitsus dokumendis 'Vaimuhaigete inimeste haiglaravi teenused' ettepaneku kaotada kogu psühhiaatriaiglate süsteem nii, et kõiki teenuseid osutataks regionaalsetes haiglates, tehes tihedat koostööd perearstide ja sotsiaalteenustega. Regionaalsetes haiglates loodud psühhiaatriliste teenuste organiseerimise mudel oli sama, mis teistes ravivaldkondades, nimelt statsionaarse ja mittestatsionaarse ravi võimalused haigla ruumides. Mittestatsionaarset ravi osutavad kliinikud muutusid seega osaks psühhiaatrilistest teenustest ja omandasid klientide hindamise asemel koha nii hindamises kui ka järelkontrollis.

Nende arengute kõrval toimus nihe teiste kogukonnapõhiste teenuste osutamise suunas vaimsete häiretega inimestele, nagu toetatud elamine, päevakeskused ja kogukonnapõhised vaimse tervise õed ja sotsiaaltöötajad. Seda nimetati ühiselt kogukonnatööks ja seda toetasid valitsuse poliitika nagu 'Paremad teenused vaimuhaigetele inimestele'¹¹³, 'Hoolekanne kogukonnas'¹¹⁴ ja 'Kogukondlik hoolekanne koos erilise tähelepanuga vaimsete probleemide ja vaimupuudega inimestele'.¹¹⁵

Viimasel 50 aastal on tekitanud laialdast arutelu puudujäägid nende inimeste kogukonnapõhises hoolekandes, kes elasid eelnevalt hooldekodudes. Siiski on arutelude põhitoon muutunud. Varasemad kriitikud viitasid sageli vaimsete probleemidega inimeste suurenenud arvule, kes olid hooldekodude sulgemise tõttu kodutuks jäänud ja pidasid seda tõestuseks, et kogukonnapõhine hoolekanne on 'läbi kukkunud'.¹¹⁶ Siiski on inimeste, kes on veetnud aastaid hooldekodudes, pikaajalisemad uuringud näidanud, et enamus inimesi ja isegi need, kelle probleemid on kõige keerulisemad, on laiendanud oma sotsiaalset võrgustikku, omandanud iseseisvalt elamise oskuseid, parandanud oma elukvaliteeti ning nad ei ole uuesti ravi vajanud.¹¹⁷

1990ndatel aset leidnud sündmused tekitasid heategevusliku hoole asemel, mida tunti nende inimeste heaolu suhtes, üha rohkem hirmu. Suurbritannias prooviti hoolekandeprogrammi¹¹⁸ juurutamisega, mis on siiani vaimse tervise alaste teenuste osutamise peamine raamistik, vaimse tervise probleemidega inimestele osutatavat hoolekannet parandada. Igale patsiendile, kes vastab

¹¹² The information about the history of deinstitutionalisation in the U.K. has been taken from an extensive review study conducted by Helen Killaspy. Killaspy, H. (2006). From the asylum to community care: learning from experience. *British Medical Bulletin* (2006) 79-80 (1): 245-258. doi: 10.1093/bmb/ldl017 First published online: January 23, 2007.

¹¹³ Department of Health and Social Security (1975). *Better Services for the Mentally Ill*. London: HMSO.

¹¹⁴ Department of Health and Social Security (1981). *Care in the Community*. London: HMSO.

¹¹⁵ House of Commons Social Services Committee (1985). *Community Care With Special Reference to Mentally Ill and Mentally Handicapped People*. London: HMSO. Department of Health and Social Security.

¹¹⁶ Coid J. (1994). Failures in community care: psychiatry's dilemma. *Br Med J* 1994;308:805-806.

¹¹⁷ Leff J. (1997). *Care in the Community: Illusion or Reality?* London: Wiley.

Leff J, Trieman N. (2000). Long stay patients discharged from psychiatric hospitals. Social and clinical outcomes after five years in the community. TAPS Project 46. *Br J Psychiatry* 2000;176:217-223.

Trieman N, Leff J. (2002). Long-term outcome of long-stay psychiatric inpatients considered unsuitable to live in the community: TAPS project 44. *Br J Psychiatry* 2002;181:428-432.

Thornicroft G, Bebbington P, Leff J. (2005). Outcomes for long-term patients one year after discharge from a psychiatric hospital. *Psychiatr Serv* 2005;56:1416-1422.

¹¹⁸ Department of Health (1990). *The Care Programme Approach for People with a Mental Illness Referred to the Specialist Psychiatric Services*. London: HMSO.

Department of Health (1989). *Modernising the Care Programme Approach: Effective Co-ordination of Mental Health Services*. London: HMSO.

hoolekandeprogrammi tingimustele, on määratud spetsialist, kes koordineerib kogu tema kogukonnapõhise hoolekande paketti ja kes organiseerib talle osutatavate teenuste regulaarset ülevaatamist koostöös teiste professionaalidega, k.a. neid nõustavate psühhiaatritega. Kui patsient liigub ühest geograafilisest piirkonnast teise, tuleb selle vastutuse üleandmiseks läbida formaalne protsess, vähendades võimalust, et inimene ei pääse teenustele ligi.

Lisaks on Riiklikus vaimse tervise alaste teenuste raamistikus¹¹⁹ ja Riiklikus terviseteenuste plaanis¹²⁰ toodud ära terve rida uusi arendamist vajavaid kogukonnapõhiseid vaimse tervise alaseid teenuseid. Kaks kolmest uuest mudelist, varajase sekkumise teenused ja kriisisekkumise meeskonnad, on näidanud, et võrreldes kogukonnapõhise vaimse tervise meeskonna hoolekandega on nende kasutamise võimalik vähendada statsionaarse ravi tõenäosust ja parandada patsientide rahulolu teenustega.¹²¹ Siiski ei ole enesekehtestamisele suunatud mittestatsionaarse ravi meeskonnad Suurbritannias näidanud, et nad oleksid võimelised statsionaarse ravi osakaalu vähendama¹²², seda vaatamata nende efektiivsele tegutsemisele USAs ja Austraalias¹²³. See USAs välja töötatud mudel keskendub tõsiste ja korduvate vaimse tervise probleemidega inimestele, kellel on raske teenuseid kasutada ja kes vajavad tihti statsionaarset ravi. On leitud, et põhjus, miks ennastkehtestav mittestatsionaarne ravi ei ole edukas osutunud, võib peituda mõningate oluliste elementide kordamises teenuste poolt, millega teda võrreldakse (kogukonnapõhised vaimse tervise meeskonnad), tervishoiu ja sotsiaalhoolekande juhtimise ühendamisega ja suuremas koduküllastuste arvus kui USA vastava teenuse puhul.¹²⁴ Teisisõnu, hästi arenenud kogukonnapõhise vaimse tervise alase hoolekandesüsteemiga keskkonnas on enesekehtestamisele suunatud mittestatsionaarse ravi meeskondadel raskem statsionaarset ravi vajavate inimeste arvu vähendada. Aga isegi Suurbritannias on see teenus sihtgrupi jaoks populaarsem kui kogukonnapõhised vaimse tervise meeskonnad ja patsientide rahulolu on samuti kõrgem.¹²⁵

Riikliku teenuste raamistiku kogukonnapõhisesse hoolekandesse investeerimise üks ettenägematuid negatiivseid tagajärgi on olnud kogunud personali lahkumine haiglatest kogukonda. Sainsbury vaimse

¹¹⁹ Department of Health (1999). *National Service Framework for Mental Health: Modern Standards and Service Models*. London: HMSO.

¹²⁰ Department of Health (2000). *NHS Plan*. London: Department of Health.

¹²¹ Craig T, Garety P, Power P et al (2004). The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. *Br Med J* 2004;329:1067. doi:10.1136/bmj.38246.594873.7C; doi:10.1136/bmj.38246.594873.7C.

Johnson S, Nolan F, Pilling S, et al (2005). Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study. *Br Med J* 2005;331:599. doi: 10.1136/bmj.38519.678148.8F; doi: 10.1136/bmj.38519.678148.8F.

¹²² Killaspy H, Bebbington P, Blizard R, et al (2006). The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London. *Br Med J* 2006;332:815-820. doi: 10.1136/bmj.38773.518322.7C; doi: 10.1136/bmj.38773.518322.7C.

Glover G, Arts G, Babu KS (2006). Crisis resolution/home treatment teams and psychiatric admission rates in England. *Br J Psychiatry* 2006;189:441-445.

¹²³ Marshall M, Lockwood A. (1998). Assertive community treatment for people with severe mental disorders (Cochrane review). In the Cochrane Library. (Issue 4).

¹²⁴ Burns T, Catty J, Watt H, Wright C, Knapp M, Henderson J.(2002). International differences in home treatment for mental health problems: results of a systematic review. *Br J Psychiatry* 2002;181:375-382.

¹²⁵ Killaspy H, Bebbington P, Blizard R, et al (2006). The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London. *Br Med J* 2006;332:815-820. doi: 10.1136/bmj.38773.518322.7C; doi: 10.1136/bmj.38773.518322.7C.

Marshall M, Lockwood A., (1998). *Assertive community treatment for people with severe mental disorders (Cochrane review)*. In the Cochrane Library..(Issue 4) Oxford: Update Software.

tervise keskuse uuring¹²⁶ leidis, et 25% haiglate personalist on sealt lahkunud, et töötada uutes kogukonnapõhistes meeskondades. Lisaks on vaimuhaigete osakonnad muutunud kohaks, kus on kõige raskem töötada ja patsientide jaoks kohaks, kus on raske taastuda, sest sinna koondatakse nüüd kõige raskemalt haiged, keda ei saa ravida kogukonnapõhiselt. Sellised tingimused suurendavad personali hoidmise probleeme ja loovad olukorra, kus tööle võetakse ebaproportsionaalselt suur osa kogenematuid ja ajutisi inimesi.

2011. aastal avaldati Inglismaa uus Vaimse tervise strateegia, mis keskendus teenuste kvaliteedile, taastumisele, füüsilisele tervisele, inimõigustele ja mittediskrimineerimisele.¹²⁷ Strateegia leidis laialdast heakskiitu, kuid viimase kolme aasta majanduslangus on tekitanud osale elanikkonnast suuri lisapingeid (s.h. hirm kaotada töö ja eluase, suurenenud võlad), mis on suurendanud vaimsete häirete registreerimist ja enesetappude määra. Samal ajal on kärped avalike teenuste rahastamises viinud Riikliku Tervise Ameti ja kohalike omavalitsuste teenuste rahastamise vähenemiseni, mis seavad kahtluse alla ka uue strateegia võimekuse oma eesmärgi täita¹²⁸.

Riikliku Tervise Ameti põhikiri võeti vastu 2009. aastal ja seda täiendati 2013. aastal, võttes arvesse Tervishoiu ja sotsiaalhoolekande seadusega tehtud muudatusi (2012). Põhikiri loetleb Riikliku Tervise Ameti printsiibid ja väärtused ning samuti patsientide, avalikkuse ja personali õigused. Kõik Riikliku Tervise Ameti allasutused ning era- ja vabatahtlikud tervishoiuteenuste pakkujad on seadusega kohustatud põhikirjast kinni pidama. Riikliku Tervise Ameti põhikiri näitab, mil määral on praeguse tervishoiu diskursuse keskmes patsiendikesksed teenused ja teenuste kasutajate kaasamine¹²⁹.

1.2 Toetatud elamine

Hooldekodude sulgemisega kasvas vaimse tervise probleemidega inimestele spetsiaalse majutuse pakkumine tervishoiu ja sotsiaalsüsteemi, vabatahtlike organisatsioonide ja elamuühistute poolt. Seadusandlus, nagu 1990. aasta Riiklik tervishoiuteenuste ja kogukonnapõhise hoolekande seadus ja ka Inimeste toetamise initsiatiiv¹³⁰, on lihtsustanud mitteriiklike organisatsioonide jaoks spetsiaalse majutuse arendamist ja pakkumist. Erinevateks vormideks on individuaalne elamine mittestatsionaarset hoolekannet osutavate kogukonnatöötajate abiga, toetatud elamine asutuses kohapeal oleva personaliga ja personaliga varustatud hostelid, rühmakodud, taastusravi pansionaadid ja hooldekodud. Senini ei ole analüüsitud erinevate majutusvormide efektiivsust, mis viitab selliste uuringute keerulisele teostatavusele¹³¹, aga klientide eelistuste põhjal võib näha, et suurenenud on

¹²⁶ Sainsbury Centre for Mental Health. Acute Care (2004). *A National Survey of Adult Psychiatric Wards in England*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.

¹²⁷ Department of Health (2011) *No Health Without Mental Health: a cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages*. London: Department of Health.

¹²⁸ Lawton-Smith, S., McCulloch, A. (2013). *A brief history of specialist mental health services*. London: Mental Health Foundation.

¹²⁹ National Involvement Partnership & National Survivor User Network (2015). *Service User Involvement in Health and Social Care Policy and Legislation*. London: NSUN.

<http://www.nsun.org.uk/assets/downloadableFiles/4Pi-SERVICEUSERINVOLVEMENTINHEALTHANDSOCIALCAREPOLICY.V62.pdf>

¹³⁰ Department of the Environment, Transport and Regions (2001). *Supporting People—Policy Into Practice*. London: DETR.

¹³¹ Chilvers R, Macdonald G, Hayes A. (2002). *Supported housing for people with severe mental disorders*. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2002;(issue 4; art. no. CD000453). doi: 10.1002/14651858.CD000453.

investeeringud toetatud elamist võimaldavatesse korteritesse, mitte rühmakodudesse, mis viitab sellele, et enamik teenuste kasutajaid eelistab omaenda eluaset¹³².

Kuigi selline rõhuasetus suuremale iseseisvusele on julgustav, jääb siiski grupp inimesi, kelle vajadused on sellised, et nad vajavad statsionaarset hoolekannet. See grupp, kelle enamus kuulub vaimse tervise seaduse alla, on peale psühhiaatriaiglate sulgemist kasvanud. Neid on nimetatud 'uued pikalt viibijad'¹³³ ja nende olemasolu on seadnud kahtluse alla varasema seisukoha, et teatud vaimse häirega seotud sotsiaalne sobimatus tulenes institutsionaliseerimisest. Vastusena psühhiaatrilist ravi vajavate inimeste voodikohtade vähenemisele alates 1950ndatest, on suurenenud pakkumine erasektoris, nn. 'virtuaalne hooldekodu'¹³⁴. Lisaks on paljudel tervishoiu- ja sotsiaalteenuseid pakkuvatel omavalitsustel võimatu leida piisavat arvu hooldekodu kohti inimestele, kes lahkuvad kohalikest haiglatest ja mittestatsionaarse ravi asutustest. Väljendatud on ka muret nende inimeste hoolekande kvaliteedi ja jätkuvuse üle, kes saavad ravi 'väljaspool piirkonda' ja sellega seotud sotsiaalse eraldatusega¹³⁵.

Kuna tervishoiu kõige kallim komponent on voodikoha maksumus, tunduvad kogukonnapõhised alternatiivid ahvatlevamad ja ka soodsamad. Samas sisaldas Macpherson et al. i tõsise vaimuhaigusega inimeste toetatud elamise ülevaade¹³⁶ haiglas ja kogukonnapõhiselt läbiviidava vaimse tervise hoolekande maksumuse analüüsi, millest selgub, et kogukonnapõhine hoolekanne ei ole haiglaravist odavam ja et nende eest kogukonnas hoolitsemise, kellel on suur välise abi vajadus, võib haiglaravist kulukam olla. Sarnaselt eelnevaga võrdlesid McCrone et al. kaht geograafilist piirkonda, kus ühes oli kogukonnapõhine vaimse tervise alaste teenuste osutamine intensiivsem, ja leidsid, et klientidele osutatud teenused maksid intensiivsemas piirkonnas rohkem kui tavapiirkonnas ning et kõrgem vanus ja tõsisem puude aste olid seotud suuremate kuludega¹³⁷.

1.3 Mõned järeldused uuringutest

Eelneva ülevaate põhjal võib öelda, et teenuste muutmisel haiglaravil põhinevatelt kogukonnapõhisteks tuleb tähelepanu pöörata mitmele aspektile. On selge, et kogukonnapõhised teenused ei saa haiglaravi täielikult asendada. Mõned kliendid, eriti need, kellel on suurem abivajadus, vajavad kodus kauem toetust koos intensiivsemate toetusvormidega ja aeg-ajalt ka koos haiglaraviga. Vaimse tervise alaste teenuste kasutajate puhul suurendab töötü või üksik olemine haiglaravi vajadust kaks korda, samuti vajavad tõenäolisemalt haiglaravi need, kellel on tõsised ja keerulised probleemid nagu psühhos ja isiksushäired¹³⁸. Samuti võib olla, et suurem haiglaravi vajadus on inimestel, kellel on muud pikaajalised terviseprobleemid ja kes on sotsiaalselt eraldatud ja väiksema sissetulekuga.

¹³² Tanzman B. (1993). An overview of surveys of mental health consumers' preferences for housing and support. *Hosp Community Psychiatry* 1993;44:450-455.

¹³³ Mann S, Cree W (1976). New long stay patients: a national survey of 15 mental hospitals in England and Wales 1972/3. *Psychol Med* 1976;6:603-616.

¹³⁴ Poole R, Ryan T, Pearsall A. (2002). The NHS, the private sector, and the virtual asylum. *Br Med J* 2002;325:349-350. doi: 10.1136/bmj.325.7360.349.

¹³⁵ Ryan T, Pearsall A, Hatfield B, Poole R. (2004). Long term care for serious mental illness outside the NHS: a study of out-of-area placements. *J Mental Health* 2004;13(4):425-429.

¹³⁶ Macpherson R, Shepherd G, Edwards T. (2004). Supported accommodation for people with severe mental illness: a review. *Adv Psychiatr Treat* 2004;10:180-188. Chisholm D, Hallam A (2001). Changes to the hospital-community balance of mental health care: economic evidence from two UK studies. In Brenner H, Boeher W (eds), *The Treatment of Schizophrenia—Status and Emerging Trends*, Kirkland: Hogrefe & Huber, 210–224.

¹³⁷ McCrone P, Johnson S, Thornicroft G. (2001). Predicting the costs of community care for individuals with severe mental illness in South London. *Schizophr Bull* 2001;27:653-660.

¹³⁸ Keown P, Holloway F, Kuipers E. (2005). The impact of severe mental illness, co-morbid personality disorder and demographic factors on psychiatric bed use. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:42-49.

Thornicrofti ja Tansella vaimse tervise alaste teenuste osutamise analüüs näitab, et tasakaalustatud pakkumine sisaldab ka voodikohti haiglas, samas kui voodikohtade arv on pöördvõrdeliselt seotud pakutavate kogukonnapõhiste ressursside kvantiteedi ja kvaliteediga¹³⁹. Nad järeldavad, et töötava tasakaalustatud süsteemi jaoks tuleb statsionaarse ravi vähendamise arvel kokku hoitud ressursid investeerida kogukonnapõhisesse teenustesse. Teisisõnu ei ole kogukonnapõhised teenused odavam alternatiiv haiglaravile, vaid osa terviksisüsteemist. Seega tuleks voodikohtade arvu kui efektiivsuse mõõdikut kasutades asetada see süsteemi kui terviku konteksti, pidades meeles, et see on hoolekande kõige kallim osa.

Eelnevate uuringute tulemused toovad esile mõningat kogukonnapõhisest hoolekandest saadavat kasu, mis on valdkonniti sama, nagu suurem klientide rahulolu ja parem elukvaliteet¹⁴⁰. Siiski näitab vaimse tervise alaste teenuste kogemus kõrgema abivajadusega klientide puhul vajadust olla teadlik võimalusest, et haiglaravi asendub järk-järgult teiste (pool)institutsionaliseeritud hoolekande vormidega mittestatsionaarses hoolekande sektoris. Lisaprobleem on selles, et uued kogukonnapõhised teenused võtavad personali ära haiglatest, mis tegelevad ühe rohkem vaid kõige raskemate haigetega, mis omakorda muudab nendes osakondades töötamise üha raskemaks, viies üha uute personali kinnihoidmise probleemideni ja haiglaravi vajavate inimeste halvema ravini¹⁴¹.

Uuring, mis analüüsis hea kogukonnapõhise hoolekande tunnuseid inimeste jaoks, kellel on tõsine vaimuhaigus nii klientide, perekondade, professionaalide, poliitikute kui ka teiste kodanike vaatenurgast viies Euroopa riigis leidis, et kõige olulisem on kliendi ja professionaali vaheline usalduslik ja stimuleeriv suhe. Hinnati ka efektiivset individuaalsetele vajadustele vastavat ravi ja teenustele juurdepääsu¹⁴². Need faktorid on olulised kõigi klientide jaoks, olenemata nende tervisega seotud vajadustest ja ravi asukohast.

1.5 Vaimse tervise seadus

1983. aasta Vaimse tervise seadus loob vaimse tervise alaste teenuste ja ravile võtmise seadusandliku raamistiku, s.h sunniviisiline ravile määramine. Seadust muudeti 2007. aasta Vaimse tervise seadusega ja osaliselt ka 2012. aasta Tervishoiu ja sotsiaalhoolekande seadusega.

Vaimse tervise võrgustiku hiljutine raport (2015)¹⁴³ tõi välja, et Vaimse tervise seaduse raames on kasvanud sunniviisiline ravile määramine. Alates 2010. aastast on inimeste vabaduse piiramine selle

¹³⁹ Thornicroft G, Tansella M. (2004). Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. *Br J Psychiatry* 2004;185:283-290.

¹⁴⁰ Craig T, Garety P, Power P, et al. (2004). The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. *Br Med J* 2004;329:1067 doi:10.1136/bmj.38246.594873.7C; doi:10.1136/bmj.38246.594873.7C.

Johnson S, Nolan F, Pilling S, et al. (2005). Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study. *Br Med J* 2005;331:599. doi: 10.1136/bmj.38519.678148.8F; doi: 10.1136/bmj.38519.678148.8F.

Killaspay H, Bebbington P, Blizard R, et al. (2006). The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London. *Br Med J* 2006;332:815-820. doi: 10.1136/bmj.38773.518322.7C; doi: 10.1136/bmj.38773.518322.7C.

¹⁴¹ Sainsbury Centre for Mental Health. Acute Care (2005). *A National Survey of Adult Psychiatric Wards in England*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.

¹⁴² Van Weeghel J, van Audenhove C, Colucci M, Garanis-Papadatos T, Liegeois A, McCulloch A, et al. (2005). The components of good community care for people with severe mental illnesses: views of stakeholders in five European countries. *Psychiatr Rehabil J* 2005;28:274-281.

¹⁴³ Mental Health Network (2015). *Horizon Scanning. The legislative landscape in mental health*. London: NHS Confederation.

seaduse alusel tõusnud 9%. Vaimse tervise seaduse rakendamine tähendab, et inimene kaotab teatud õigused (nagu vabadus saada ravi ja keelduda ravist). Seadus määratleb ka patsientide õigused, nagu see, et inimesel on õigus pöörduda abi saamiseks advokaadi poole ja tal on õigus saada teatud tingimustel tasuta järelravi. 2007. aasta Vaimse tervise seadus muutis 2005. aasta vaimse võimekuse seadust, lisades 2009. aastal lõigu vabadusekaotuse kaitsemeetmete kohta. Vabadusekaotust kasutatakse inimeste puhul, keda ei hoita haiglaravil Vaimse tervise seaduse alusel, vaid kelle õigusi tuleb piirata haiglas või hooldekodus viibimise ajal. Siinkohal on oluline ka 2014. aasta Hoolekandeseadus, mis muudab seda viisi, kuidas täiskasvanute sotsiaalhoolekannet ja toetust osutatakse ja finantseeritakse. Hoolekandeseaduse eesmärgiks on tuua ühte seadusesse kokku kõik täiskasvanute sotsiaalhoolekannet puudutavad regulatsioonid. Seadus näeb ette teenuste loomist, arendamist ja ostmist nii, et inimeste hoolekanne toimuks kõige vähem piiravamas keskkonnas.

Vaimse tervise seaduse juurde kuulub Praktikakoodeks. Vaimse tervise seaduse praktikakoodeksit muudeti ja täiendati ning see jõustus 1. aprillil 2015. See lisandus peegeldab alates viimastest täiendustest 2008. aastal toimunud muudatusi seadusandluses ja ka arenguid praktikas. Täiendatud koodeksi eesmärgiks on kaitsta paremini patsientide huvisid ja määratleda rollid, õigused ja vastutus. See hõlmab endas:

- patsientide ja võimaluse korral ka nende perekondade ja hooldajate kaasamist hoolekande igal etapil;
- isikustatud hoolekande pakkumist;
- ebasobivate üldiste piirangute, piiravate sekkumiste ja kinnipidamisasutuste kasutamise vähendamist turvaliste kohtadena.

Koodeksi peamised muutused olid järgmised:

- Seaduse raames hoolekande, toetuse ja ravi osas tehtavad otsused peavad arvestama viie uue põhimõttega:
 1. Kõige vähem piirav võimalus ja iseseisvuse maksimeerimine;
 2. Jõustamine ja kaasamine;
 3. Austus ja väärikus;
 4. Eesmärk ja efektiivsus;
 5. Tõhusus ja oma panus.
- Uued paragrahvid, mis puudutasid hoolekande planeerimist, inimõigusi, võrdõiguslikkust ja ebavõrdsust tervises (vastavalt ÜRO Puuetega Inimeste Õiguste Konventsioonile).
- Uued paragrahvid, mis puudutasid füüsilist tervishoidu, dementsete patsientide ja immigrantide hoolekannet ja seda, mida teha, kui osutatav hoolekanne või seaduse rakendamine on puudulik.
- Oluliselt täiendatud paragrahvid, mis puudutasid piiravate sekkumiste sobivat kasutamist, s.h osaline eraldatus ja pikaajaline eraldatus, politsei sekkumine ja turvalised kohad ning ravi lõpetamise otsused.
- Lisajuhised, kuidas toetada neid lapsi ja noori, kellel on õpiraskused või autism.

Võib eeldada, et uus Vabadusekaotuse kaitsemeetmete seadus jõuab parlamenti 2017. aasta kevadel ning et Vaimse võimekuse seadust ja vabadusekaotust puudutavad muudatused jõustuvad aprillis 2018.

2. Intellektipuudega inimestele mõeldud teenused

Arvatakse, et Suurbritannias on umbes 1,2 miljonit õpiraskustega inimest ¹⁴⁴. Enamus neist elab kogukonnas. 12% neist kasutab mingit liiki spetsiaalset majutusteenust, s.h haiglaravi. Majutusteenuste eest vastutavad kohalikud omavalitsused. Umbes 110 000 täiskasvanut kasutavad omavalitsuste rahastatud kogukonnapõhiseid teenuseid. Haridusliku erivajadusega lapsi on üle 200

¹⁴⁴ Emerson, E., Hatton, Chr., Robertson, J., Roberts, H., Baines, S & Glover, G. (2010). *People with Learning Disabilities in England 2010*. London: Department of Health. Emerson, E., Hatton, Chr., Robertson, J., Roberts, H., Baines, S & Glover, G. (2011). *People with Learning Disabilities in England 2011*. London: Department of Health.

000. Enamik neist õpib tavakoolides. 43 000 kasutavad otsetoetusi/isikustatud eelarvet (mida nimetatakse inimesekeskseks toetuseks). 2010/11 kulutasid kohalikud omavalitsused õpiraskustega täiskasvanute otsetoetusteks 260 miljonit naela, mis on, kui arvesse võtta ka inflatsiooni, alates 2005/06 kasvanud 40% aastas. 6,6% õppiraskustega täiskasvanutest omab mingit töökohta. Enamik teist töötab osakoormusega. 380 000 õpiraskustega täiskasvanut sai puudega isiku elatisraha. Samas on inimeste arv, kes taotlevad puudega isiku elatisraha, viimasel kümnel aastal suurenenud vaid 5%.

Suurt osa õpiraskustega inimesi toetavad nende perekonnaliikmed. Tervishoiu ja sotsiaalhoolekande infokeskuse raport¹⁴⁵ näitab, et 75% täiskasvanud õpiraskustega inimeste hooldajatest on seda tööd teinud üle 20 aasta. 26% väitis, et ei käi hoolduskohustuse tõttu tööl. 33% hooldajatest kasutab mingisugust sotsiaalteenust.

Samal ajal, kui üldine rahulolematuse on madal, on õpiraskustega inimeste hooldajate hulgas Inglismaal rohkem neid, kes pole rahul sotsiaalteenuste raames saadava toetuse ja teenustega. 90% leidis, et neid koheldakse alati või tavaliselt austusega, 8%, et neid koheldakse mõnikord austusega ja 2% leidis, et neid ei kohelda kunagi austusega; 90% leidis, et nad on või on tavaliselt kaasatud hooldatavat puudutatavate otsuste tegemisse sel määral, nagu nad soovivad, 8% leidis, et nad on mõnikord kaasatud ja 2% leidis, et neid ei kaasata kunagi.

Mitmed valitsusasutused koguvad suure hulga infot õpiraskustega inimeste omaduste ning nende endi ja nende tasustamata hooldajate poolt kasutatud teenuste ja toetuste kohta. Osa sellest infost viitab sellele, et puuetega inimesi puudutatavate peamiste tervishoiu ja sotsiaalhoolekande poliitikate elluviimisel on tehtud mõningaid edusamme. Näitena võib tuua:

- Õpiraskustega täiskasvanute sagenenud iga-aastase tervisekontrolli;
- Õpiraskustega täiskasvanutele Riikliku Tervise Ameti pakutava pikaajalise majutuse vähenemise;
- Õpiraskustega inimeste otsetoetuste ja isikustatud eelarvete suurema kasutamise.

Muu info, nagu õpiraskustega täiskasvanute väga madal tööhõive määr, viitab valdkondadele, mida on vaja edasi arendada, et saavutada praeguste poliitikate eesmärgid.

Kõrgendatud tähelepanu tuleb pöörata nende inimeste isikustatud kohalike kõrgetasemeliste teenuste arendamisele paralleelselt suurte statsionaarse ravi asutuste sulgemisega neile, kellel on õpiraskused/autism, vaimne häire või käitumisraskused.

Mitmete valitsusorganisatsioonide hiljutine raport toob välja järgmised sammud, mida õpiraskustega inimeste teenuste muutmisel arvestada¹⁴⁶. Nendeks on:

- Rida tulevasi meetmeid suurendamiseks inimeste õigusi tervishoiu ja sotsiaalhoolekande süsteemis. Siia kuuluvad tõenäoliselt sammud tagamaks, et tervishoiu ja sotsiaalhoolekande otsuste keskmis on inimeste individuaalne heaolu ning samuti vaimse tervise seaduse rakendamist puudutavad küsimused.
- Õpiraskuste/autismi, vaimsete häirete või käitumisraskustega inimeste selgema tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande mudeli arendamine, kirjeldades soovitud väljundeid koos tulemusnäitajatega, milliseid teenuseid tuleb osutada (nii haiglaravi kui ka kogukonnapõhiste teenuste osas) ja millistele standarditele peavad teenused vastama. See tähendab tugevat rõhuasetust isikustatud hoolekandele ja toetuse planeerimisele, isikustatud eelarvele ja

¹⁴⁵ <http://www.ic.nhs.uk/pubs/psscarersurvey0910>

¹⁴⁶ Association of Directors of Adult Social Services (ADASS), Care Quality Commission (CQC), Department of Health, Health Education England (HEE), Local Government Association (LGA), NHS England (2015). *Transforming Care for people with learning disabilities – Next steps*.

isikustatud tervishoiu eelarvele. Tervishoiu amet uurib samuti, kuidas suurendada inimeste õigusi isikustatud tervishoiu eelarve osas.

- Vajalik on tugev(am) koostöö tervishoiu ja sotsiaalhoolekande vahel ning seda ka arendatakse.
- Tugevamat partnerlust edendatakse hoolekannet ja toetust vajavate inimeste, hooldajate ja teiste osapoolte vahel, arendamiseks personali, kes osutab õpiraskustega inimestele inimesekeskset hoolekannet ja toetust nende oma kogukonnas. See toetus põhineb vajadustel, on kohalik ja ligipääsetav.

3. Teenused noortele

Inglismaal nimetatakse sotsiaalhoolekandesüsteemi osaks olevaid lapsi 'eestkostel olevateks lasteks'¹⁴⁷. See termin tuli kasutusele 1989. aasta Lastekaitse seadusega ja peaks olema vähem märgistav kui 'hooldamisel olevad lapsed'. Inglismaal on peale Iga laps loeb programmi juurutamist 2004. aastal toimunud lapsi puudutavate teenuste laiaulatuslik ülevaatamine. Iga laps loeb programmi eesmärgiks oli tagada, et ükski laps ei jääks väljapoole süsteemi, suurem rõhk asetati ennetavatele, universaalsetele teenustele. 2008. aastal – nagu näitavad allpool toodud numbrid – oli eestkostet vajavate laste arv tõepoolest languses. Samas suunatakse peale mõnda juhtumit, kus lapsed on surma saanud, üha rohkem lapsi sotsiaalsüsteemi, kus nad vajavad enam spetsialiseeritud hoolekannet. Sotsiaalhoolekande süsteemis on arvel 60 000 last. 2004. aastal jõustus muudetud Lastekaitse seadus, mis lõi seadusandliku aluse abi vajavatele lastele, noortele ja nende peredele efektiivsemate ja juurdepääsetavamate teenuste arendamiseks. See seadus lõi ka seadusandliku aluse kogu süsteemi reformiks. Seaduses kehtestatakse uued lastega seotud teenused ja määratakse vastutavad osapooled.

'Iga laps loeb: muutus laste jaoks' avaldas valitsus 2004. aasta novembris ning see hõlmas kohaliku ja riikliku tasandi süsteemi, mida iseloomustab:

- selge vastutus lastele, noortele ja nende peredele osutatavate teenuste osas;
- võtmeteenuste koondamine laste vajaduste ümber, eriti selles osas, mis puudutab haridust, sotsiaalhoolekannet, tervishoidu, noorte õigustumõistmist ja teenuseid peredele.

Valitsuse visiooniks oli süsteemi loomine, kus riiklikud ja vabatahtlike organisatsioonid, keskvalitsus ja kohalikud omavalitsused ja teised riiklikud ja eraõiguslikud partnerid saavad koos töötada, arvestades nende erinevaid lähenemisi ja vastutust, et parandada laste ja noorte elu.

Iga laps loeb raamistik põhineb viiel väljundil, mida lapsed ja noored pidasid konsultatsioonide käigus lapsepõlve ja hilisema täiskasvanuea heaolu võtmelementideks. Neid väljundeid arutati ka haiglate, vabatahtlike ja kogukondade esindajatega. Viis väljundit on järgmised:

1. Olla nii füüsiliselt, vaimselt, emotsionaalselt ja seksuaalselt terve, elada tervislikult ja mitte kasutada ebaseaduslikke mõnuaineid.
2. Väärkohtlemise, hooletusse jätmise, vägivalda, seksuaalse ärakasutamise, õnnetusjuhtumite ja surma, kiusamise ja diskrimineerimise, kuritegevuse ja mittesotsiaalse käitumise vältimine koolis ja väljaspool seda, turvalisuse ja stabiilsuse ning hoole olemasolu.
3. Elu nautimine ja tulemuste saavutamine nii, et ollakse valmis kooliks, käiakse koolis ja nauditakse seda, vastatakse põhi- ja keskkooli nõuetele, saavutatakse isiklik ja sotsiaalne kasv ja tegeletakse nauditavate vaba aja tegevustega.
4. Positiivse panuse andmine nii, et osaletakse otsuste tegemises, toetatakse oma kogukonda ja ümbritsevat keskkonda, käitatakse seadusekuulekalt ja konstruktiivselt nii koolis ja ka kooliväliselt, luuakse positiivseid suhteid, ei kiusata ja diskrimineerita, arendatakse enesekindlust, tulla edukalt toime suurte elumuutustega ja väljakutsetega ning arendatakse ettevõtlikku käitumist.

¹⁴⁷ Termin 'eestkostel olevad lapsed' viitab lastele, kelle eest kannab hooldust riik ning kes elavad kasuperedes, perekodudes või vanemate ja teiste sugulastega. Eestkostel olevate laste suhtes rakendub mõni järgmistest normidest, nt eestkoste (Lastekaitse seadus 1989, osa 31), ajutine eestkoste (Lastekaitse seadus 1989, osa 38) või vältimatu kaitse (Lastekaitse seadus 1989, osa 44), mille puhul vanemlikud õigused on antud üle kohalikule omavalitsusele.

5. Saavutatakse majanduslik heaolu nii, et on võimalik edasi õppida, koolist lahkudes töötada või väljaõpet saada, et olla valmis töötama, elama inimväärsetes kodudes ja jätkusuutlikes kogukondades, omama juurdepääsu transpordile ja materiaalsetele hüvedele ning sissetulekut, mis ületab toimetuleku piiri.

Iga laps loeb on algatanud rea tegevusi, mis puudutavad lastele ja peredele suunatud praktikaid, teenuseid ja toetust. Esialgu oli rõhk ohus olevate laste ülesleidmisel, hooldusele suunamisel ja jälgimisel ning neile üldiste ja spetsialiseeritud teenuste osutamisel. Samas on järgnenud muutused toonud kaasa kogu süsteemi muutmise ning lastele ja peredele suunatud teenuste radikaalse läbivaatamise. Iga laps loeb hilisemas faasis on rõhuasetus nihkunud ohus olevatelt lastelt kogu perekonnale (hüüdlause Mõelge perekondadele!). Iga laps loeb programmis on laste ja noorte olukorra parandamine kohalike omavalitsuste ülesanne. Selle tagab kohalike eelistuste analüüs ja rohkem omavahel seotud vahetute teenuste osutamine, protsess, strateegia ja juhtimine. Kogu süsteemi muutmist iseloomustab allpool toodud sibulakujuline mudel:

Ametiasutuste vaheline juhtimine
Integreeritud strateegia
Integreeritud protsessid
Integreeritud vahetute teenuste osutamine
Väljundid laste ja noorte jaoks
Vanemad
Perekonnad
Kogukond



Mudeli keskmeks on tema tuum: paremate tulemuste saavutamise laste ja noorte jaoks, mille tagavad esmajärjekorras nn vahetud teenused (integreeritud vahetute teenuste osutamine).

Need on lastele ja nende vanematele suunatud universaalsed teenused: lastekeskused (0 - 6 aastastele), pikapäevarühmad (6 - 18) ja noorsootöö (12 -18). Nimetatud teenused on korraldatud lastekesksest, aga pakuvad tuge ka vanematele (nõuanded ja toetus vanemaks olemiseks ja ka tööalane koolitus lastekeskustes). Kogu lastele ja nende vanematele teenuseid osutav personal töötab integreeritult. See tähendab, et loodud on ametite vahelised meeskonnad ja ühised instrumendid.

2014. aastal vaadati Lastekaitse seadus jällegi üle ja seda muudeti, luues veelgi laiaulatuslikuma raamistiku¹⁴⁸. Teiste aspektide hulgas pööratakse erilist tähelepanu:

- laste ja vanemate kaasamisele;
- hoolduse plaanidele;
- praktikakoodeksile;
- hariduslikele erivajadustele, tervishoiu ja sotsiaalhoolekande pakkumisele;
- etnilisele kuuluvusele;
- isikustatud eelarvetele;

¹⁴⁸ <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2014/6/contents/enacted> [allalaetud 15.11.2015]

- info andmise kohustusele;
- perekonnaliikmetevahelisele vahendamisele;
- integratsiooni edendamisele.

4. Sotsiaalne kaasatus

See, millisel määral on ühiskond valmis aktsepteerima vaimse tervise probleemide ja õpiraskustega inimesi, mõjutab otseselt nende elukvaliteeti ja kogukonnapõhise hoolekande edukust. 2004. aastal koostatud Sotsiaalse tõrjutuse üksuse raport tõi välja vajaduse parandada juurdepääsu tavapärasele töötamisele, haridusele ja vaba aja veetmisele, mis vähendaks sõltuvust spetsiaalsetest institutsioonidest nagu päevakeskused¹⁴⁹. Siia kuuluvad ka avalikud kampaaniad vaimse tervise probleemidega inimeste märgistamise ja diskrimineerimise vähendamiseks ja võrdõiguslikkust puudutava seadusandluse edendamine. Neid teemasid on oluliselt mõjutanud kodanikuõiguste liikumist saatnud edu ja sellised organisatsioonid nagu Puuetega inimeste õiguste komitee, mille kampaaniad on olnud suunatud erinevates eluvaldkondades puuetega inimeste võrdsete õiguste tagamisele.

Sotsiaalse tõrjutuse üksuse 2004. aasta raporti tulemusena töötati välja Riiklik sotsiaalse kaasatuse programm. See kuulub Inglismaa Riikliku vaimse tervise instituudi alla osana Hoolekandeteenuste parandamise partnerlusest ja on omandanud kõrgetasemelise ja strateegilise valitsusasutuste vahelise rolli. Programmi esialgne ülesanne oli koordineerida Sotsiaalse tõrjutuse üksuse raporti elluviimist. Riikliku sotsiaalse kaasatuse programmiga on koostööd teinud üle 20 valitsusasutuse ja rida muid organisatsioone, et raporti 27 interdistsiplinaarset tegevust ellu viia. Samas on programm toonud esile ka selle valdkonna reaalsuse keerukuse. Terve rea erineva tasandi ametiasutuste mitmekesisuse ja keerukuse tõttu tuleb teha kohalikul ja riiklikul tasandil jätkuvalt tööd tagamaks, et inimesed ja teenused kasutavad maksimaalselt sotsiaalse kaasatuse võimalusi.

Programmi esimeste aastate kohta koostatud raport toob ära rea tegevusi¹⁵⁰. Käesolevas uuringus piirdume selliste teemadega nagu eluase, tööhõive ja kogukonnas osalemine.

4.1 Eluase

Alates Sotsiaalse tõrjutuse üksuse raporti ilmumusest on Riiklik sotsiaalse kaasatuse programm koordineerinud rendivõlgnevusi puudutavate tegevuspunktide elluviimist, vähendamaks mittemaksmist ja väljaviskamist, mille tulemusena on koostatud väljaanne 'Rendivõlgnevustega tegelemise efektiivsuse tõstmine'¹⁵¹ ja välja töötatud omavalitsuste toetuskeemid, mille tulemuseks on 'Valikul põhineva üürimise juurutamine ja arendamine: põhiküsimuste juhend'¹⁵². Lisaks sellele koostati Riikliku sotsiaalse kaasatuse programmi raames valdkondlikku kirjandust, mis puudutas eluaset, tervishoidu ja rendivõlgnevustega tegelevaid sotsiaalhoolekande töötajaid¹⁵³ ja valikul

¹⁴⁹ Social Exclusion Unit (2004). *Mental Health and Social Exclusion*. London: Office of the Deputy Prime Minister.

¹⁵⁰ National Social Inclusion Programme (2009). *Vision and Progress. Social Inclusion and Mental Health*. www.socialinclusion.org.uk

¹⁵¹ Office of the Deputy Prime Minister (2005). *Improving the Effectiveness of Rent Arrears Management: Good Practice Guidance*.

¹⁵² Office of The Deputy Prime Minister (2005) *Implementing and Developing Choice Based Lettings: A guide to key issues*.

¹⁵³ NSIP (2006). *Improving the Effectiveness of Rent Arrears Management for People with Mental Health Problems*. www.socialinclusion.org.uk/publications/Rentarrearsbriefing.pdf

põhinevat üürimist¹⁵⁴, parandamaks teenuste vahelist koordineerimist ja suurendamaks toetust vaimse tervise probleemidega inimestele, et parandada nende elamistingimusi. See on aidanud ennetada väljatõstmisi ja parandada iseseisva toimetuleku võimalusi.

Riiklik sotsiaalse kaasatuse programm on koordineerinud ka Sotsiaalse tõrjutuse üksuse raporti tegevusi kodutute osas. See hõlmab kohalikele omavalitsustele suunatud tegevusjuhiste ülevaatamist, mille käigus koostati esmajärjekorras majutust vajavate inimeste uued määratlused¹⁵⁵. Korraldati ka rida üritusi kaasamiseks uuringuprotsessi töötajaid ja kohalikke kodutute teenuseid kasutavaid inimesi, et nad saaks panustada dokumenti 'Toimetulek: Vaimse tervise alaste teenuste juurdepääsetavus kodututele või ajutisel pinnal elavatele inimestele: Hea praktika juhised'¹⁵⁶.

Üks kõige olulisemaid eluaset ja vaimset tervist puudutavaid arenguid on alates Toetatavate inimeste loomisest olnud uus Avalike teenuste leping, et suurendada nende sotsiaalselt tõrjutud täiskasvanute arvu, kellel on kindel elu- ja töökoht. Tihti on vajalik parandada kommunikatsiooni nende vahel, kes osutavad majutuse ja vaimse tervise alaseid teenuseid toetamiseks tõsiste ja kestvate vaimsete probleemidega inimeste iseseisvat toimetulekut. Avalike teenuste leping peaks tõstma teadlikkust koostöö ja kohalike raamstruktuuride olulisusest, eriti ühise strateegilise vajaduste hindamisega seoses, selgitamaks välja katmata vajadused ja vähem efektiivse teenuste koordineerimise. Nii Avalike teenuste lepingu kui ka Hoolekandeprogrammi juhised rõhutavad vajadust efektiivse ja ennetava töö järele nendega, kellele osutatakse hoolekannet ja kes on või muutuvad kodutuks. Siiski tuleb tööd teha sellega, kuidas katta vaimse tervise alased vajadused nende kodutute puhul, kes ei ole teisese vaimse tervise alase hoolekandega seotud. Siin on vaja uusi lähenemisi. Suurem ressursside koondamine kohalikule tasandile tagab, et teenused vastavad paindlikult kohalike omavalitsuste vajadustele ja jagatud kohalike prioriteetide arendamisele.

4.2 Tööhõive

Hoolekandesüsteemid võivad kaasatusele kaasa aidata või seda takistada ning stress, depressioon ja ärevus on rohkem levinud töölt puudumise põhjused kui ükski teine tööga seotud haigus. Töökohad ja tööandjad peavad toetama head vaimset tervist, luues aktsepteeriva keskkonna ja näidates üles positiivset ja soovivat hoiakut. Riiklik sotsiaalse kaasatuse programm on aidanud suurendada vaimse tervise probleemidega ja muude puuetega inimeste töötamisvõimalusi. See hõlmab kutsealase rehabilitatsiooni arendamist ja panustamist dokumenti 'Kaasamine: Sotsiaalse tõrjutuse tegevuskava', mis viis üheksa regionaalse tööhõive meeskonna loomiseni. Seal sisaldasid ka avalike teenuste lepingute sotsiaalset kaasatust edendavad meetmed. Tööandjad said suuremat toetust, nagu selle tagamine, et regionaalse tööhõive meeskonnad suurendavad organisatsioonilist võimekust viimaks regionaalsel tasandil ellu praeguseid strateegiaid ja toetamaks sihtgrupe.

4.3 Kogukonna kaasamine

Sotsiaalne kaasamine ei tähenda ainult juurdepääsu põhilistele teenustele, vaid ka töötaja, üliõpilase, vabatahtliku, õpetaja, hooldaja, vanema, nõuandja ja elaniku aktiivset kogukonnas osalemist. Otsetoetuste süsteemi juurutamine tõi kaasa selle, et rohkematel inimestel on suurem valikuvabadus ja kontroll selle üle, kuidas neile teenuseid osutatakse ja abi antakse.

¹⁵⁴ NSIP (2006). *Choice Based Lettings for People with Mental Health Problems A Briefing Guide*. www.socialinclusion.org.uk/publications/NSIP_CBL_briefing.pdf

¹⁵⁵ NSIP (2006). *Communities and Local Government, Code of Guidance for Local Authorities*.

¹⁵⁶ NSIP, Department for Health, Communities and Local Government (2007). *Getting Through: Access to mental health services for people who are homeless or living in temporary or insecure accommodation: A good practice guide*.

Töötamine nii laste kui ka täiskasvanute vaimse tervise alaste teenustega on aidanud kaasa vanemate, kaaslaste ja kogukonna aktiivsele toetusele. Loodi Mõjukate kogukondade programm, mis võimaldab ühendustel kaasata ja juhtida oma liikmeid suurendamiseks kogukonna võimekust, mis on vajalik edendamaks sotsiaalselt kaasavaid lahendusi inimeste jaoks, kes nende teenuseid kasutavad.

5. ÜRO Puuetega Inimeste Õiguste Konventsioon

ÜRO Puuetega Inimeste Õiguste Konventsioon allkirjastati 2007. aastal ja ratifitseeriti 2009. aastal, k.a fakultatiivne protokoll. 2010. aastal võeti vastu Võrdõiguslikkuse seadus, mis ühendab kõik diskrimineerimise vastase seadusandluse osad, mis on vastu võetud alates aastast 1978, ühtseks ja kasutatavaks tervikuks, k.a juurdepääsetavuse ja sotsiaalse kaasamise meetmed.

Suurbritannia esialgne raport ÜRO Konventsiooni rakendamise kohta avaldati 2011. aastal. Raportis on öeldud, et:

- Alates 2000. aastast on puuetega inimeste tööhõive määr oluliselt tõusnud. Üle 500 000 puudega inimese töötas rohkem kui aastal 2000. Aastal 2000 oli tööhõive määr 42,2 %; 2011. aastal aga 48,8%.¹⁵⁷ Töötamist toetavate programmide arendamine nagu Juurdepääs tööle, mille kaudu sai 2010/11 abi üle 35 000 inimese, võimaldavad rohkematel puuetega inimestel tööturule siseneda ja seal püsida. Innovaatilised lähenemised nagu isikustatud eelarved aitavad puuetega inimestel elada iseseisvamalt ja omada suuremaid kontrolli- ja valikuvõimalusi. Riikliku isikustatud eelarve kasutamise esialgsed tulemused näitavad, et 2/3 nende omajatest ja omaste hooldajatest leiab, et nende elukvaliteet on paranenud ja 2/3 märkis kontrolli suurenemist saadava toetuse üle.
- Paranenud on ka ühiskonna hoiakud. Suurbritannias elavad inimesed leiavad sagedamini, et puuetega inimesed sarnanevad kõigile teistele – 85% 2009. aastal võrreldes 77%-ga 2005. aastal. Ühiskond on ka väga teadlik puuetega inimeste õigustest, 72% rahvastikust on teadlik 2009. aasta Puuetega inimeste diskrimineerimise seadusest.
- Võrdõiguslikkuse seadus lõi 2010. aastal tugevama aluse tegelemaks puuetega inimeste kaasamise barjääridega, sätestades meetmed, mis nõuavad juurdepääsu parandamist kaupadele ja teenustele.
- Suurbritannia on pühendunud tagama, et kogukonnad on jõustatud võtmaks vastu parimaid otsuseid kohalike puuetega inimeste jaoks ja et kogukondade ressursid ja võimekus võimaldavad võrdseid võimalusi edendada. Igal riigi osal on siin oma lähenemine, nt eraldab Inglismaa lisaraha aitamiseks puuetega inimeste organisatsioonidel areneda ja kasvada. See vastab valitsuse eesmärgile ehitada suurt ühiskonda ja kasutada kohaliku tasandi lähenemist. See täiendab inimeste valiku ja kontrolli suurendamiseks tehtavat tööd, hõlmab tervishoiu ja sotsiaalhoolekande teenuste isikustamist, k.a isikustatud tervishoiu eelarve piloteerimine. Tööhõive valdkonnas pakuvad Töö programm ja Töö valik lisa- ja isikustatud toetust.
- Valitsus kiitis heaks 2010. aasta Sayce'i raporti keskse teema, mis keskendus puuetega inimeste tööalasele toetusele. Raport leidis, et parim viis võimaldamaks puuetega inimestel tööturule siseneda on pakkuda tööalast toetust, mis on inimese, mitte institutsioonide keskne.
- Valitsus reformib oluliselt ka sotsiaalkaitse süsteemi. See loob uue, 21. sajandi heaolusüsteemi, muutes töötute võimalusi leida tööd ning pidada ülal ennast ja oma perekondi ja tagab, et kõige haavatavamad ühiskonnaliikmed on kaitstud. Selle eesmärgi keskmes on puuetega inimesed, aga neile antav toetus ei pea tähendama eluaegset sõltuvust sotsiaaltoetustest, vaid võimaldama kõigil ühiskonnas võrdsel määral osaleda. Reformidega

¹⁵⁷ All figures are Labour Force Survey Quarter2 (males 16-64, females 16-59) available at <http://www.esds.ac.uk/government/lfs/>.

luuakse lihtsam süsteem, mis keskendub nende toetamisele, kes seda kõige enam vajavad, tagades, et tööga kaasneb alati vääriline ja õiglane tasu.

- Valitsus jätkab paljude väljakutsetega tegelemist, mis puudutavad takistuste kõrvaldamist ühiskonnas täiel määral osalemiselt, millega puuetega inimesed kokku puutuvad.

2013. aasta juulis andis valitsus välja dokumendi 'Potentsiaali ärakasutamine: Eesmärkide reaalsuseks muutmine'¹⁵⁸. Seoses artikliga 19 (Iseseisev toimetulek ja kogukonna tegevustesse kaasatus) on formuleeritud rida meetmeid, k.a mõned indikaatorid (vt täpsemalt Lisa A). Eesmärgid ja prioriteetsed valdkonnad on:

- Varajase sekkumise toetamine ja julgustamine hariduse, töötamine (k.a koolitus ja töökogemus) ja üleminekute puhul (k.a pereelu olulisus);
- Puuetega inimestele suurema informeeritud otsustamise ja kontrolli võimaldamine: iseseisvalt elamine (k.a isikustamine ja rahaline kontroll), juurdepääs teenustele ja infole (k.a nõustamine, toetus ja esindamine ning häälte kuuldamaks tegemine);
- Kaasavate kogukondade loomine, k.a hoiakute ja käitumise muutmine: ligipääsetavad kogukonnad (k.a eluase ja transport), osalemine (k.a osalemine sotsiaalsfääris, avalikus elus, spordi ja vaba aja tegevustes), õigused (k.a juurdepääs õigusmõistmisele), positiivne teadlikkus (k.a erinevuste ja puude mõistmine ja õiglane käsitus), kuritegusid ja tagakiusamist puudutavad hoiakud.

2014. aasta juunis avalikustati Juurdepääsetava Suurbritannia väljakutse, mis on strateegia, mis julgustab kogukondi hõlmavad ja juurdepääsetavad olema¹⁵⁹. Puuetega inimeste valdkonnas tegutsevaid MTÜ-sid ja esindusgrupe ühendab Puuetele suunatud tegevuste liit, mis tegeleb aktiivselt ÜRO konventsiooni juurutamisega.

Septembrist 2014 pärinev uuendus näitab, et on oluline tagada, et organisatsioonid saavad aru, kus eksisteerib ebavõrdsus ja aitavad kaasa paremale juurdepääsule¹⁶⁰. Näiteks eksisteerib tervise alane ebavõrdsus mõnede puuetega inimeste gruppide ja elanikkonna kui terviku vahel. Tervishoiu ja sotsiaalhoolekande seadus aastast 2012 tegi Riiklikule Tervise Ametile seadusega kohustuslikuks vähendada tervise valdkonnas ebavõrdsust ja pani vastutuse selles eest Inglismaa Riiklikule Tervise Ametile. Laste ja perede kaitse seaduse vastuvõtmine tähendab, et nüüd on lastel ja noortel üksainus hariduse, tervise ja sotsiaalhoolekande kava, mis liigub nendega koolist kooli ja kõrgema taseme haridusasutustesse. Vastavalt 2010. aasta Võrdõiguslikkuse seadusele on ligi 6,5 miljonil töörealisel elanikul puue, sest neil on füüsiline või vaimne takistus, mis avaldab olulist ja pikaajalist negatiivset mõju nende võimele tegeleda normaalse igapäevaelu tegevustega. Puute ja tervise tööhõive strateegia¹⁶¹ tõi välja rea sekkumisi suurendamiseks veelgi positiivseid hoiakuid puuetega inimeste võimekuse suhtes, stimuleerimaks nõudlust puuetega inimeste järele tööturul ja suunamiseks toetust paremini sinna, kus selle mõju on suurim.

Neile, kes töötavad, pakub 'Tööle juurdepääs' toetust lisaks töandja mõistliku kohandamise kohustusele ning seda inimeste puhul, kelle tervis või puue mõjutab nende töötamist. See võib sisaldada transporti tööle, toetavaid töötajaid ning töökoha kohandamist ja vastavaid seadmeid.

¹⁵⁸ https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/320745/making-it-happen.pdf (allalaetud 13.10.2015)

¹⁵⁹ <http://www.disabilityrightsuk.org/news/2014/september/accessible-britain-challenge> (allalaetud 13.10.2015)

¹⁶⁰

https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/349156/Fulfilling_Potential_update_Sept_2014.pdf (allalaetud 13.10.2015)

¹⁶¹ DWP (December 2013) "The disability and health employment strategy: the discussion so far" Cm 8763.

Lisa 5. Deinstitutionaliseerimine Tšehhi Vabariigis

Johannes Pieter van Ewijk

Sissejuhatus

Käesolev raport on analüüs, mis põhineb artiklidel, aruannetel, raamatu peatükkidel ja kahel intervjuul. Dokumendid ja intervjuude osad on valitud selliselt, et nad aitaksid DI arengule Eestis kõige paremini kaasa (olles äratuntavad ja informatiivsed).

Ajalugu

Viimasel kümnendil on Tšehhi Vabariik ühinenud riikidega, mis tunnetavad oma kohustust takistuste kõrvaldamisel, mis ei luba puuetega kodanikel täiel määral ühiskonnas osaleda ja sotsiaalselt kaasatud olla. Riik on püüdnud teenuste osutamise tingimuste ja kvaliteedi parandamisega saavutada edumeelset lahendust igas puuetega inimestega otseselt seotud alamvaldkonnas. Viimaseks ja käesoleval hetkel elluviidavaks dokumendiks on Puuetega inimestele võrdsete võimaluste loomise riiklik plaan 2010 – 2014. Selle ettevalmistamine ja sisu on otseselt mõjutatud ÜRO konventsiooni ratifitseerimisest Tšehhi Vabariigi poolt septembris 2009. (Nat report un, 2013).

Peale aasta jooksul toimunud läbirääkimisi ja arutelusid vaimse tervise valdkonna teenuste pakkumisega seotud osapoolte vahel tehti reformi strateegia esimene kavand avalikuks oktoobris 2013. Strateegia peamiseks eesmärgiks on vaimuhaigusega inimeste elukvaliteedi parandamine. Reform keskendub ka vaimse tervise alase hoolekande inimlikumaks muutmisele, juurdepääsule ja hoolekande regionaalsele katvusele, vaimuhaigusega inimeste õiguste austamisele, esmase hoolekande tugevdamisele, kogukonnatöö arendamisele ja vaimuhaigusega seotud stigmade muutmisele.

Reform on vaimse tervise alase hoolekande jaoks suur väljakutse. Seda viiakse ellu eeldatavalt kuni aastani 2023 ja siis on näha ka tulemusi. (Janoušková ja Tušková, 2015)

Riikliku plaani eesmärgid ja meetmed on järgmised:

- Sotsiaalteenuste finantseerimine, mis peegeldavad puuetega inimeste vajadusi ja aitavad neil elada oma loomulikus keskkonnas.
- Puuetega inimeste hooldajate toetamine.
- Sotsiaalteenuseid osutavate spetsialistide koolitus ja areng.
- Peamistele sihtgruppidele suunatud avalike suhete alaste tegevuste toetamine.
- Psühhiaatrilise hoolekande ja selle sotsiaalteenuste süsteemiga seotud osa reform.
- Puuetega inimeste vajadustega kohandatud sotsiaalmajutusüksused.
- Programmid puuetega inimeste tagasitoomiseks tööturule. (Zsolt, 2015)

Puuetega inimene elab tavapärasel leibkonnas, kasutab avalikke teenuseid, käib tööl või koolis või kasutab samasuguseid päevaseid teenuseid, on kohaliku kogukonna liige ja elab nagu puueteta inimesed. Leibkonnad, päevaste teenuste osutajad ja kogukonnapõhised asutused peavad paiknema tavapärasel elamurajoonides ja matkima puueteta inimeste elu. Tänu väikestes leibkondades osutatavatele teenustele ja päevaste programmide teenustele on puuetega inimestel võimalik elada

normaalset elu ja mitte olla sotsiaalselt nii eraldatud. Samal ajal osutatakse teenuseid vaid sellisel määral, nagu kliendid tegelikult vajavad. (Nat report un, 2013)

Elluviimise hindamine

Peamisteks positiivseteks muutusteks on viimastel aastatel olnud:

a) Sotsiaalteenuste seaduse vastuvõtmine, mis jõustus 1. jaanuaril 2007 ja lõi aluse sotsiaalteenuste reformiks. Seadus suurendas oluliselt ja ühemõtteliselt sotsiaalteenuste kasutajate õigusi ja sisse viidi uus toetuse vorm - hooldustoetus;

b) Puuetega laste, õpilaste ja üliõpilaste hariduses on järk-järgult kasvanud rõhuasetus võrdsele juurdepääsule ja mittediskrimineerimisele. Kooliseadus määratles täpsemalt tingimused võimaldamaks haridust kahes peamises valdkonnas – üld- ja eriharidus – austades samas lapse õigusliku esindaja või puuetega inimese õigusi. Kõrghariduse seadus tagab võrdse juurdepääsu kõrgharidusele, tehes kolmanda astme haridusasutustele ülesandeks võtta tarvitusele kõik vajalikud meetmed puuetega üliõpilaste võrdsete võimaluste tagamiseks;

c) Ühistranspordi erinevate liikide juurdepääsetavuse jätkuv parandamine on viinud kasvava hulga hästi juurdepääsetavate jaamade, peatuste ja sõidukite kasutuselevõtuni;

d) Puuetega inimeste infole juurdepääsu parandamine, mis on vastavuses Avaliku halduse infosüsteemide seadusse tehtud muudatustega (jõustus 29. novembril 2011), mis kohustas ametiasutusi võimaldama puuetega inimestele enda publitseeritud infole kaugjuurdepääsu;

e) Kultuuriväärtuste juurdepääsu osas eksisteerib kasvav hulk muuseume, galeriisid ja teisi kultuuriasutusi, mis on juurdepääsetavad isegi kõige tõsisemate puuetega inimestele. Paranenud on ka juurdepääs avalikele raamatukogudele ja teistele informatsiooni jagavatele asutustele. (Nat. rep. un., 2013)

Selle asemel, et jätta regionaalsed ja kohalikud omavalitsused teenuste pakkumisest kõrvale, on tehtud jõupingutusi motiveerimaks neid DI ideega kaasa tulema. Tšehhi Vabariigis puudutas deinstitutionaliseerimise esimene etapp peamiselt sellise toetuse ja võimekuse loomist, et oleks võimalik muutusi regionaalsel tasandil ellu viia. (Zsolt, 2015).

Kriitika

Eksisteerib suur vahe kavatsuste ja strateegiate ning kogukonnapõhiste vaimse tervise alaste teenuste korraldamise vahel. (Horyna, 2008). Ilmselge on riigi soov olukorda muuta, aga institutsioonide ülesehitus sõltub rohkemast kui praegusest poliitilisest võimust. (Schmidt, 2014).

Teiste riikide õppetunnid, kus üleminek on kaugemale arenenud, on näidanud, et muutuseid on võimalik ellu viia vaid siis, kui kasutajate, tervishoiu spetsialistide ja otsustajate vaated kattuvad. Samas on tervishoiutöötajad enamjaolt palgal suurtes haiglates ja neil puudub motivatsioon asutustes, kus nad töötavad, voodikohti vähendada. Tervishoiuteenuste osutajate tagantjärele toimuv rahastus on seda kõrgem, mida enam olid asutused inimestega täidetud; mistõttu nad pole voodikohtade vähendamisest huvitatud. Patsiendid on suures osas vait ja poliitikud on rahul osutatava hoolekande kvaliteediga, mis on ühteaegu odav ja ei too kaasa massilisi kaebusi. (Vevera, 2008).

Järgmine probleem on nutikate eesmärkide puudumine. Muudatuste mõõtmiseks puuduvad selged eesmärgid ja kriteeriumid. DI on määratletud ähmaselt kui hoolekande võimekuse vähendamine (psühhiaatriaiglates) ilma (voodikohtade vähendamiseks) täpseid arve või tähtaegu välja toomata.

(Janoušková ja Tušková, 2015). Vaimuhaiguste ja kulutuste kasvav koormus suurendab sõltuvust mitte sellest paranemist. (Bražinová, 2008). Eksisteerib suur risk teenuste täielikuks uuesti institutsionaliseerimiseks, mis on odavam vaid seetõttu, et teenuste kvaliteet on halvem ja nad võimaldavad kasutajatele vaid kehva elukvaliteeti. (Šiška, 2011).

Mis puudutab kodanikuühiskonda ja vabatahtlikku tegevust, siis üks probleemide ring on, et vabatahtlikul tegevusel on ühiskonnas 'kommunistide vabatahtliku tegevuse' tõttu halb maine. Inimesed ei ole vabatahtlikust tegevusest huvitatud, kui valitsus selleks survet avaldab. (Janoušková ja Tušková, 2015).

Järgmised sammud

Luaa strateegia üleminekuks institutsionaalselt hoolekandelt kogukonnapõhisele, s.h:

- a) Nende institutsioonide selge määratlemine, kus muutused toimuvad;
- b) Selged sammud ja eesmärgid, k.a ajakava institutsionaalselt hoolekandelt üleminekuks;
- c) Selged meetmed loomaks toetuste süsteemi kogukonnas elavatele puuetega inimestele ja nende peredele, k.a ajakava. (Jdi, 2015).

Luaa selge mehhanism tagamaks, et Euroopa Sotsiaalfondi (ESF) raha kasutatakse sotsiaalse kaasatuse ja institutsionaalselt hoolekandelt kogukonnapõhisele üleminekuks vastavalt ÜRO konventsiooni artiklile 19. ESF-i rahastatud projektid peaksid saavutama, et inimesed lahkuvad institutsionaalselt hoolduselt, institutsionaalse hoolekande voodikohtade arv väheneb ja suureneb kogukonnapõhise hoolekande võimekus. (Jdi 2015).

Luaa stiimulid regionaalsetele omavalitsustele (kes on peamiseks institutsionaliseeritud hoolekande pakujateks) minemaks üle institutsionaalselt hoolekandelt kogukonnapõhisele. (Jdi, 2015).

Investeerida teabe efektiivsesse edastamisse kõigile, kes on protsessi kaasatud, k.a kogukonnad, kuhu inimesed elama asuvad. (European Guidelines, 2012).

Suurendada ambulatoorseid teenuste ja spetsialiseeritud hoolekande osakaalu, mida osutavad päevased kliinikud. On ettepanek luua deinstitutionaliseerimise võrgustik, toetudes psühhiaatrilise hoolekande tavapõhimõtetele, s.t. teenindades 100 000 – 150 000 kodanikuga piirkondi. See tähendab juurdepääsu kõigi jaoks – 20 kliendi kohta peaks olema üks meditsiiniõde. Psühhiaatrilise koduhoolekande asutustes tööl olevad meditsiiniõded pakuvad koduhooldust tõsiste vaimsete häiretega patsientidele. (Bražinová, 2008).

Toetada kogukonnas elamisele üleminekul iga inimest. (European Guidelines, 2012). Harmoniseerida tervishoiu ja sotsiaalteenused ning nende eesmärgid. (Bražinová, 2008). Isikustatud planeerimise ja rahastamise süsteemid parandavad inimeste olukorda ainult siis, kui nendega kaasneb terve rida inimesekeskseid toetuse saamise viise ja võimalus ise otsuseid langetada. (Šiška, 2011).

Arutelüküsimused

Kriitika

Tšehhi psühhiaatrilise reformi peamine lähtekoht on aktiivsuse suurendamise asemel proteksionism. (Janoušková ja Tušková, 2015). Strateegilisest plaanist on välja jäetud isiklik areng, sidemed kogukonnas ja suhted (mis on seotud taastumise mõistega). Puudu on ka vaimuhaigusega inimeste

jõustamist ja osalemist puudutavatest aspektidest. Üheks põhjuseks on ESF-i majanduslik orientatsioon, mis väljendub sõnades nagu tööhõive, sotsiaalne ühtekuuluvus ja majanduskasv. (Janoušková ja Tušková, 2015)

Strateegia eesmärkide hulgas ei ole otseselt ära toodud kogukonnapõhise hoolekande arendamist ja deinstitutionaliseerimist, kuigi Maailma Terviseorganisatsiooni tegevuskava ja EL-i Roheline raamat suhtuvad kogukonnapõhisesse hoolekandesse kui vaimse tervise alase hoolekande peamise komponendi. Vaimse tervise valdkonnas nähakse deinstitutionaliseerimist peamiselt regionaalsete vaimse tervise keskuste loomisena, mitte kui täiesti uut kogukonnapõhist lähenemist ning uut tasakaalu meditsiinilise ja sotsiaalse mudeli vahel. See olukord võib tähendada, et tegelik reform ei too deinstitutionaliseerimise, kogukonnapõhise hoolekande ja vaimuhaigusega inimeste jõustamise osas kaasa olulisi muutusi. (Janoušková ja Tušková, 2015).

Planeeritud on, et üks vaimse tervise keskus katab 100 000 elanikku. Algavad esimesed pilootprojektid. On ebaselge, milline on nende roll sotsiaalteenuste osas. Siiani on vaimse tervise keskused ambulatoorsed sotsiaalteenuseid pakkuvad keskused, mis korraldavad oma ruumides teraapiat ja nõustamist. Lisaks sotsiaalteenustele ja vaimse tervise keskustele loovad selles valdkonnas kaasa nn rohujuuretasandit esindavad MTÜd, mida rahastatakse välismaalt või mõnikord ka ministeeriumi või regiooni poolt. Koostöö ja koordineerimine ei ole väga levinud. (Janoušková ja Tušková, 2015).

Strateegias on vaid kohati puudutatud küsimusi, mis seostuvad vaimuhaigusega inimeste ja nende perede osalemisega psühhiaatria reformis, poliitika kujundamises, teenuste pakkumises ja hindamises. Kui neid küsimusi puudutatakse, siis kaudselt. Kasutajate roll 'oma elu parimate tundjatena' on jäetud kõrvale, mis on vastuolus taastumise mõistega, mis rõhutab jõustamist, oma elu eest vastutuse võtmist, enesearengut ja aktiivsust. (Janoušková ja Tušková, 2015).

Järgmised sammud

Muuta süsteeme ja ideoloogiaid toetatud elamise ja töötamise programmide arendamise kaudu. (Nawka, 2008).

Koostöö, interdistsiplinaarsus, tükeldatus

Kriitika

Sektorite vahelist koostööd iseloomustavad Slovakkias ja Tšehhis tugevalt juurdunud kultuurilised ja administratiivsed barjäärid. Püüe alustada tervishoiu uuendamise ja toetamise sektorite vahelise programmiga kukkus Tšehhis läbi. (Nawka, 2008).

Valdkondade vaheline koostöö on veelgi keerukam: sotsiaal- ja tervishoiusüsteemid toimivad peaaegu teineteisest sõltumatult ning ilma täpsemalt määratletud suheteta. Sage probleem on bioloogilise mudeli domineerimine sotsiaalse ja psühholoogilise lähenemise asemel, kuigi kaasaja vaimse tervise tehnoloogiate ja oskusteabega ollakse kursis. Järgnevale arengule on tõsiseks takistuseks ka vähene konsensus psühhiaatrite hulgas vaimse tervise reformide suuna suhtes. Arvesse tuleb võtta ka spetsialistide madalat motivatsiooni, mis on tingitud väiksemast palgast võrreldes teiste meditsiinerialadega. (Dlouhy, 2014).

Teine probleem on tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi eraldatus. Intellektipuuded ja sotsiaalteenused kuuluvad sotsiaalsüsteemi, vaimne tervis aga tervishoiusüsteemi. Tervisekindlustuse pakkujad ei poolda eriti deinstitutionaliseerimist. See tekitab muude asjaolude hulgas raskusi ka kogukonnapõhise

hoolekande ja DI rahastamisel. Lisaks sellele vastutavad DI eest 14 regiooni, kellel on erinevad ideed ja puudub selgus rahastamise osas. Omavalitsused vastutavad sotsiaalteenuste, ka kohalike sotsiaalteenuste eest. (Janoušková ja Tušková, 2015).

Kuigi praktikas on tervishoiul ja sotsiaalhoolekandel raske vahet teha, tuleb administreerimisel need kaks valdkonda eraldada, seda erinevate rahastamisallikate tõttu. Tervishoidu rahastatakse riiklikust tervisekindlustusest, sotsiaalhoolekande eest tasutakse teenuste kasutajate poolt tehtud maksetega ning riigi, kohalikest või regionaalsetest eelarvetest.

Süsteemide eraldatus on tekitanud Tšehhis probleeme seoses sellega, et õenduse ja rehabilitatsiooni eest ei maksa haigekassa, kui seda osutatakse sotsiaalteenuste pakkujate statsionaarse ravi asutustes. See vastandub olukorrale, kui samu teenuseid osutatakse tervishoiuasutustes, kus kulud kaetakse tervisekindlustusfondide poolt osana ravipäeva maksumusest. Samal ajal kasvab tendents osutada tervishoiu- ja sotsiaalteenuseid ühe katuse all. Sellised seosed meditsiinilise ja institutsionaalse hoolekandemudeliga võivad saada takistuseks institutsioonide sulgemisele ja kogukonnapõhisele hoolekandele üleminekule. (Šiška, 2011).

Koostöö ei leia aset mitte ainult regionaalse ja riikliku tasandi vahel, vaid ka MTÜde ja riigiasutuste vahel. Huvitav on, et Tšehhi kasutajate osalusega MTÜd, kellel on tavaliselt kõige vähem ressursse ja võimu, on viimasel 15 aastal vaimse tervise alase hoolekande muutmisel kõige enam panustanud. (Nawka, 2008).

Järgmised sammud

Töötada välja hoolekandevõrgustiku ühtne mudel, mis pakuks tuge järgmises kolmes valdkonnas: enese eest hoolitsemine ja elamine, päeva struktureerimine ja sotsiaalsete kontaktide loomine, tööhõive ja koolitus. (Bražinová, 2008).

Samal ajal on vaja välja arendada kodu- ja kogukonnapõhise hoolduse võrgustik. Tõsiste ja püsivate vaimsete häiretega inimesed vajavad pidevat ja keerukat hoolekannet oma regioonis tavapärase vaimse tervise alase hoolekande raames koos Psühhiaatrilise koduhoolduse ameti, rehabilitatsioonikeskuste, kaitstud ja toetatud töökohtade, kaitstud ja toetatud elamisega. (Bražinová, 2008).

Ülevaatlikud isikustatud plaanid aitavad ennetada ja lahendada kriise ning parandada hoolekannet. See tagab, et pakutav hoolekanne juhindub teenuste olemasolu asemel klientide vajadustest. Kergemate vaimsete häirete ravisse nagu ärevushäired, depressioon, sõltuvused tuleb kaasata ka esmatasandi hoolekanne (perearstid ja psühholoogid). (Bražinová, 2008).

Koostöö lastearstidega võimaldab skisofreenia varast diagnoosimist ja ravi. Riiklikud tervishoiuasutused peaksid samuti toetamises ja ennetamises osalema. (Bražinová, 2008). Siinkohal kaasatakse ka mobiilsed kriisimeeskonnad, kriisisekkumise keskus ja statsionaarse ravi osakonnad. Kriisisekkumisse kaasatakse ka juhtumikorraldajad. (Bražinová, 2008).

Riikliku plaani põhieesmärk on luua multidistsiplinaarne koostöö kõigi vaimse tervise valdkonna osapoolte vahel. Integreeritud hoolekande ja koostöö arendamise põhieeldus on riigi struktuuride osalemine vaimse tervise alases hoolekandes. Vaimse tervise alane hoolekanne tuleb integreerida tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemiga. (Bražinová, 2008).

Märgistamine ja õiguste rikkumine

Elluviimise põhiprobleem on poliiticate, avalikkuse ja institutsionaliseerimise märgistav suhtumine. Aeg-ajalt juhtub ikka veel, et perearstid süüdistavad vaimsete häiretega inimesi selles, et neil on 'nõrk tahtejõud'. Kogukondades ja ühiskonnas kohtab tihti hooletusse jätmist. Praegune poliitiline režiim peab vajalikuks vaimsete häiretega inimeste suuremat registreerimist, sest kardetakse agressiivset käitumist, jne. Tervishoiuministeerium toetab kaasavamaid lähenemisi, aga neil puudub valitsuse toetus. Veel üheks takistavaks teguriks on olemasolevate institutsioonide võim, mis ei toeta eriti uut strateegiat. (Janoušková ja Tušková, 2015).

Hiljutine tõsiste vaimsete häiretega inimeste ja nende märgistamise uuring näitas, et Tšehhis ei ole häired sagedased (või sagedasti diagnoositud), aga märgistamine on seda tugevam, mida suurem on vahemaa sotsiaalsel skaalal. (Winkler, 2015). Märgistamist esineb sageli seoses häirete ja puuetega ning seoses mustlaseks olemisega. Hilisemal ajal on tähelepanu keskmesse tõusnud migrandid ja põgenikud. (Janoušková ja Tušková, 2015).

Tšehhi Vabariigis elab suur hulk mustlasi. See vähemusgrupp moodustab 3 protsenti Tšehhi rahvastikust. Enamus mustlasi elab äärmuslikus vaesuses. Neid iseloomustab üle 90 -protsendine tööpuudus ja kõrge sündivus. Nende arvude taga on eelarvamused ja võimaluste puudumine. Vaesus ja sellega seotud märgistamine on seotud ka vaimsete häiretega. Mustlaste vähemusgrupi kohta puudub vaimse tervise alane statistika, kuid nende juurdepääs tervishoiule on halvem kui rahvastikus üldiselt ning nende elamistingimused on jätkuvalt kehvad vaatamata neile suunatud paljudele projektidele. (Bražinová, 2008).

Sageli rikutakse inimeste õigust saada infot. (Bražinová, 2008). Mõlemas vabariigis on tulnud teateid politsei poolsest väärkohtlemisest, kes on viinud vaimse häire kahtlusega inimese psühhiaatriahaiglasse. (Bražinová, 2008). Patsientide ühendused ja nende õigusi esindavad grupid teavitavad, et paljudel patsientidel ei ole privaatsust, piisavalt infot ja võimalusi oma raviarstiga koostööd teha. (Nawka, 2008).

Järgmised tegevused

Lastekaitse ja sotsiaalhoolekande uue kultuuri edendamine nii, et puuetega lapsi nähakse tegutsevana ühiskonnas; nii, et see väärtustab mustlaste identiteeti ja kultuuri; nii, et vaestes peredes ei nähta patoloogiat ja nii, et tunnustatakse laste õigusi elada kogukonnas ja perekonnas.

Olemasoleva süsteemi muutmine tähendab vähemalt:

- 1) seadusandliku protsessi reorganiseerimist nii, et see eeldab, et peredel on õigused ja kaitseb neid;
- 2) hindamise muutmist tugevustel põhinevale mudelile vastavaks, mille aluseks on lapse- ja perekeskne lähenemine;
- 3) laste ja nende perede toetavate teenuste kasvu nii, et neil oleks võimalik vanemliku hoole all elada. (Schmidt, 2014).

Suurendada tuleks teadlikkust, parandada haridust ja läbi viia spetsialiste ühendavaid tegevusi. (Janoušková ja Tušková, 2015).

Rahastamine

Euroopa vaimse tervise süsteemide puhul on välja toodud viis peamist väljakutset (Knapp, 2002); need on eriti olulised Tšehhi ja Slovakkia jaoks:

1. *Ressursside ebapiisavus*. Vaimse tervise valdkonnas ei ole piisavalt rahalisi ja teisi ressursse. Tšehhi Vabariik näeb jätkuvalt vaeva tulude ja kulude tasakaalustamisega, kui ta püüab tagada sotsiaal- ja tervishoiusüsteemi, nagu ka pikaajalise hoolduse, jätkusuutlikkust. Üha suurenev erarahastamine, s.h. kulude jagamine tarbijate ja nende sugulaste vahel, on möödapääsmatu. Arvestades vaimsete häirete koormust, ei ole vaimse tervise valdkonnale eraldatavad ressursid piisavad. Kuid mõlemas riigis on vähe infot kaudsete ja otsete vaimse tervise alaste kulude kohta.
2. *Ressursside jaotus*. Olemasolevad teenused on halvasti jaotatud. Näiteks paikneb suur osa ambulatoorset ravi osutavaid psühhiaatreid Prahas. Tervise alase ebavõrdsuse kohta on tehtud vähe uuringuid. Siiski tuleb märkida, et üleminekuperioodil on ressursside ümberjaotamine loonud kõikidele elanikegruppidele tervisekindlustuse kaudu juurdepääsu vaimse tervise teenustele.
3. *Ressursside mittesobivus*. Olemasolevad ressursid ei vasta rahvastiku vajadustele. Psühhiaatriahaiglad tarbivad ressursse, mida võiks investeerida kogukonnapõhiste teenuste arendamisse. Poliitikud, juhatajad ja uurijad peaksid tegema koostööd hindamaks alternatiivsete teenuste ja ravimite kohta tehtud uuringuid, sest medikamentidele kuluvad summad on liiga suured. Praegune rahastamise ja tagantjärele kulude katmise süsteem ei toeta ressursside jaotamises soovitud muutusi.
4. *Ressursside jäikus*. Järgalt korraldatud teenused ei ole vastavuses inimeste ja kogukonna vajadustega. Rahastamise ja tagantjärele kulude katmise skeemid ei paku stiimuleid ressursikasutuse paindlikumaks muutmiseks. Tegelikuses säilitavad eelarvemehhanismid pigem praegust teenuste struktuuri. Väga keeruline on leida võimalusi, kuidas rahastada uusi alternatiivsed (kogukonnapõhiseid) teenuseid.
5. *Ressursside puudulik paiknevus*. Olemasolevad tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande teenused vaimse häirega inimestele on halvasti koordineeritud. Probleemaatiline on nende rahastus ja kulude tagantjärgi katmine, mis jäävad tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemide piirimaile ning samuti motivatsioon teenuste paremaks koordineerimiseks. (Dlouhý, 2008).

Küsimusi tekitab ka see, et EL-i struktuurifondid on kättesaadavad enamjaolt regionaalsete (või riigi tasandi) valitsusasutuste jaoks või suurte institutsioonide juhtimiseks. See on arusaadav, kuna sooviti neid institutsioone sulgeda, kuid teisalt puudusid osapooltel kogemused kaasaegsete, kogukonnapõhiste teenuste pakkumisel. EL-i struktuurifondide vahendite eraldamine Tšehhi maavalitsustele oli strateegiline otsus, et neid motiveerida, kuid selle tõttu jäid DI esimesest lainest välja need, kellel on kogukonnapõhiste teenuste pakkumise otsesed kogemused. (Zsolt, 2015).

Kliendid

Hindamine

Tšehhi Vabariik püüab saavutada järgmisi eesmärke:

- Aidata vaimuhaigusega inimestel saavutada iseseisvus oma elu igas aspektis;
- Edendada eneseabi, sotsiaalseid ja vaba aja veetmise tegevusi;

- Arendada õiguste eest seismist, kasutades vabatahtlikena endisi patsiente;
- Teavitada ühiskonda kogukonnapõhiste teenuste olulisusest;
- Edendada regionaalseid ja kohalikke tegevusi ning töötamisvõimalusi;
- Toimida konsultandina;
- Leevendada märgistamist. (Nat rep un, 2013).

Tšehhi Vabariigis on kümneid patsiente esindavaid grupe ja MTÜsid, kes osalevad häälekalt vaimse tervise alases hoolekandes. Näiteks Kolumbus on patsientide ja endiste patsientide ühendus, Sympathea on vaimuhaigusega inimeste sugulasi ühendav organisatsioon, Tšehhi vaimse tervise ühendus on patsientide, perede ja erialaspetsialistide organisatsioon ning FOKUS on kogukonnapõhiseid teenuseid osutavaid spetsialiste ühendav MTÜ. MTÜd on muutunud kogukonnapõhiste teenuste rajamise liidriteks, nad seisavad ka inimeste õiguste eest. (Nat rep un, 2013).

Kriitika

On oluline märkida, et mõningane vastumeelsus eneseabi tegevustes osalemise suhtes tuleneb Tšehhis kultuurilisest taustast. Totalitaarse režiimi ajal ei soositud eneseabis osalemist, samas kui paljud pidid vastu oma tahtmist osa võtma riigi organiseeritud tegevustest. Selline olukord on viinud arusaadavale vastuseisule organiseeritud tegevuste suhtes. (Motlová, 2008).

Ambulatoorsed kogukonnapõhised teenused ja mobiilsed kriisimeeskonnad on vaid vähesel määral arenenud. Perede püüetele saada infot või osaleda raviplaanis vastatakse tihti eitavalt. Paljudes regioonides on ka piiratud juurdepääs päevastele kliinikutele ja muudele kogukonnapõhiste teenustele. Teenustele juurdepääsu takistavad veelgi kommunikatsiooni puudumine ja teenuste eraldatus. (Höschl, 2012).

Mainida tuleb ka vaimuhaigusega seotud stigmat, mis takistab patsientidel professionaalset abi otsimast ja oma probleeme avalikustamast. (Höschl, 2012).

Tõsiste vaimsete probleemidega inimeste eneseabi tegevused – nagu skisofreenia puhul – on erinevad teistsuguste puuetega inimeste tegevustest. Vaimsete häiretega patsiendid võivad kannatada erinevate kognitiivsete probleemide all ja nende sümptomeid võib halvendada vabatahtlike tegevustega kaasnev stress. Samuti esitatakse neid organisatsioone juhtivatele inimestele kõrgeid nõudmisi, mis võib hirmutada neid, kes muidu oleksid sellisest tegevustest huvitatud. (Motlová, 2008).

Kogukonnas elavatel puuetega inimestel puudub vajalik kogukonnapõhiste teenuste toetus. Neil ei ole raha sellise toetuse eest maksmiseks, mida on iseseisvaks toimetulekuks vaja. (Sdi, 2015).

Tšehhi Vabariigi sotsiaaltoetuste süsteemi uus reform viis sisse meetmed, mis piiravad puuetega inimeste õigusi ja vabadusi, luues puude esimese astme, millele kehtib väiksem pension, puudub toetus transpordi, korteri või garaaži kasutamiseks. (Vintila, 2013).

Üks element, mida intellektipuudega inimesed ei ole oma piiratud õigus- ja teovõime tõttu saavutanud, on juurdepääs mõjutama teenuseid puudutavaid avalikke otsuseid ja erialaseid asutusi, mis nende heaolu määravad. (Vintila, 2013).

Nagu näidatud, on olemas patsientide õigusi puudutavad dokumendid, aga neid ei ole tegelikkuses ellu viidud. Patsiente ei teavitata protseduuride läbiviimisel nende õigustest. Infot ei ole riputatud raviasutuste osakondade seintele ja seda ei jaotata haiglasse vastuvõtmisel. (Bražinová, 2008).

Järgmised tegevused

Kliendid, sugulased ja MTÜd peaksid saama igakülgset toetust. Nead on need, kes regioonides kõige enam huvitatud vaimse tervise alaste küsimuste planeerimises, ellu viimises, järelevalve teostamises ja kontrollimises osalemisest. (Bražinová, 2008). Samuti tuleb tsiviilühiskonna organisatsioonid ning puuetega inimeste esindajad ja teised osapooled kaasata institutsionaalselt hoolekandelt kogukonnapõhisele ülemineamise strateegia ettevalmistamisse ja sotsiaalteenuste riikliku strateegia väljatöötamisse. (Jdi, 2015).

Erialaspetsialistid, koolitus, uuringud

Kriitika

Vaimsed häired jäävad tihti arstide poolt diagnoosimata. Perearstid, kes tegelevad suurema osa ärevushäirete ja depressiooniga inimestega, ei ole ikka veel psüühiliste haiguste hindamiseks ja ravimiseks hästi koolitatud. Tšehhi uuring näitas, et enamik ärevushäirete ja depressiooniga inimesi pöördub perearsti poole, kuid ei saa vajalikku ravi. (Vevera, 2008).

Sotsiaal- ja tervishoiuspetsialistid ei ole piisavalt koolitatud selles osas, mis puudutab vaimsete häirete äratundmist ja mõistmist. Sotsiaaltöös ei ole see kohustuslik õppeaine ning arstiteaduses pööratakse sellele vähe tähelepanu. (Janoušková ja Tušková, 2015). Sotsiaalse meditsiini, sotsiaalpsühhiaatria ja vaimse tervise vastu tuntav huvi ja ka nende staatus on langenud, noori julgustatakse harva rahvastiku vaimsele tervisele spetsialiseeruma. (Vevera, 2008).

DI eesmärkide saavutamiseks on vajalikud oskustega töötajad. Ei ole veel selge, millised spetsialistid paiknevad DI keskmes, aga vaja on rohkem koolitusi, eriti uute kompetentside osas (peremeditsiin, meeskonnatöö, ettevõtlik hoiak). Takistav faktor on siin perearstide madal staatus, nt leitakse, et piirkondlike meditsiiniõdede ja perearstide staatus on madalam teiste erialaspetsialistide omast. Sotsiaaltöötajate staatus on ilmselt veelgi madalam. (Janoušková ja Tušková, 2015).

Tasakaalu leidmine iseseisva õppimise ja struktureeritud õpetamise vahel on kõrgkooli õpingute jooksul keeruline probleem. Õppejõud koormavad üliõpilasi tihti liialt suure hulga faktidega. Kuigi on ebatõenäoline, et toimuks õppekavade ühtlustamine, on reformid mõjutanud positiivselt ka õpetamist ja õppimist. (Vevera, 2008)

Teadmiste keskse õpetamise ja eksamite probleem on muutlik ja mõnikord marginaalne oskuste omandamine. Samuti pööratakse liialt vähe tähelepanu hoiakutele. Õppejõud ei võimalda õppijatel ennast piisaval määral probleemidega seostada ja lahendusi otsida. Probleemikeskne õpe ei ole laialt levinud. (Vevera, 2008). Vaimse tervise alane uurimistegevus on halvasti organiseeritud. See on jätkuvalt tükeldatud ja toimub rangelt erialade piires. Interdistsiplinaarsed uuringud puuduvad täielikult. (Vevera, 2008).

Piisavate oskustega ja sobiliku personali leidmine on kogukonnas elamise kasvu peamine takistus. Üks viis seda probleemi lahendada on töötajate toomine institutsioonidest kogukonda, kuid mitte igäiks ei taha töökohta vahetada ja tihti ei ole tegemist ka kõige õigemate inimestega. On näiteid ka selle kohta, et mõningaid institutsioonidest pärit personali töövõtteid kasutati kogukonnapõhiste teenuste puhul ning sellel olid kasutajate jaoks negatiivsed tagajärjed. (Vintula, 2013).

Tervishoiu puhul heitsid intervjuudele vastanud ette personalipoolset mittemõistmist. Peamisteks probleemideks olid negatiivsed hoiakud, info kättesaamatus ja keskendumine ainult terviseprobleemidele. (Vintula, 2013).

Järgmised tegevused

Koostöö kogemusnõustajaga on üks võimalusi, kuidas vaimuhaigeid inimesi aktiveerida ja jõustada. Tšehhis on selles valdkonnas häid kogemusi. Need on mainitud strateegilises plaanis, kuid puuduvad soovitusel. (Janoušková ja Tušková, 2015). Selleks, et kasutada ära kogukonnas elamise võimalusi, vajavad tõsisemate puuetega inimesed professionaalset inimesekeskset toetust. (Šiška, 2011).

Kindlaks tuleks määrata uuringute prioriteedid, mis vastavad kõikide osapoolte, k.a nende huvidele, kes uuringuid teostavad, kes maksavad, kes uuringute tulemusi oma töös kasutavad ning patsientide ja nende perede huvidele, keda uuringud aitama peaksid. Selleks tuleb esmalt üles leida praeguste uuringutega katmata kohad ja moodustada selle põhjal uurimisküsimused nii, et oleks võimalik uuringute läbiviimise plaan rahastajatele esitada. Erinevatel osapooltel on erinevad uuringute alased prioriteedid, eriti selles osas, mis puudutab poliitiku, rahastavaid asutusi, teenuste kasutajaid ja osutajaid. Vaimse tervise alased uuringud ei tohiks peegeldada ainult ekspertide vajadusi, vaid nende läbiviimine tuleks kokku leppida kõikide osapooltega. Kõige olulisem on, et uurimistöö tulemusi saab praktikas kasutada. (Vevera, 2008).

Kvaliteet, järelevalve

Kriitika

Tšehhi Vabariigis ei ole veel loodud institutsiooni, mis tegeleks süstemaatiliselt inimõiguste küsimustega, seda lisaks ombudsmanile. Tšehhi ja Slovakkia psühhiaatria assotsiatsioonid on vaimse tervise alase hoolekande standardid osaliselt välja töötanud. Samas ei ole need seotud süstemaatilise kvaliteedikontrolli mehhanismiga, standardite jälgimise üle ei teosta järelevalvet erialane organisatsioon ja puudub süsteem nende pidevaks kaasajastamiseks. Sobiv lahendus võib olla järelevalvekomitee, seda aktsepteerivad ka puuetega inimeste organisatsioonid. Siiski ei ole saavutatud üksmeelt, milline peaks olema komitee koosseis, liikmete arv ja õiguslik vorm. (Bražinová, 2008).

Andmete puudumine või kättesaamatus, mille tingib valdkonna tükeldatus erinevate valitsusasutuste vahel, takistab samuti deinstitutionaliseerimise protsessi. Järelevalve on jätkuvalt ebaefektiivne, sest järelevalveraportid pole kõikidele osapooltele kättesaadavad. (Vintila, 2013).

Järgmised tegevused

Oluline on luua kvaliteedi tagamise ühtne süsteem ja edendada uusi meetodeid otsivaid uuringuid. Parandamist vajavad valdkonnad on struktuur ja organisatsioonid – ressursid teenuste osutamiseks, professionaalne lähenemine ja kvalifikatsioon, protsess – personali aspektid, tehnilised aspektid, väljundid ja kasumlikkus – tulude-kulude analüüs. Välja tuleb töötada kvaliteedi indikaatorid. Kasutusele tuleb võtta kvaliteedijuhtimine kui tervishoiu kvaliteedi pideva parandamise meetod. Tõenduspõhine meditsiin peab muutuma valdavaks. (Bražinová, 2008).

Otserahastus

Poliitika

Tšehhi Vabariigis pidasid puuetega inimeste eest seisvad aktivistid otsetoetusi üheks sotsiaalteenuseid puudutava uue seadusandluse peamiseks sambaks. Praegu on käimas sotsiaalteenuste rahastamise radikaalne muutmine, voodikohtade või kohtade alusel rahastamiselt minnakse üle otsetoetustele. (Šiška, 2011).

Inimesed, kes vajavad igapäevaelus teiste abi oma vanuse või tervisliku seisundi tõttu, saavad hooldustoetust suurendamiseks oma kompetentse ja parandamiseks hoolduskeskkonda nii, et igauks võib valida individuaalselt kõige praktilisema ja kasulikuma viisi oma vajaduste rahuldamiseks. Selle toetuse eesmärk on tagada vajalik abi nii mitteformaalselt (nt perekonnaliikme või naabri poolt) kui ka formaalselt (nt registreeritud sotsiaalteenuste osutaja poolt). Hooldustoetust eraldatakse neljas osas vastavalt inimese välisest abist sõltumise määrale, mille aluseks on meditsiiniline hinnang ja sotsiaaluuring. Vastavalt abi vajamise määrale on erinev ka rahalise toetuse tase. Lisaks tehakse vahet alla 18-aastastel ja üle 18-aastastel. (Nat rep un, 2013).

Tõsiste puuetega kodanikud, eelkõige pimedad ja raskete luu- ja lihaskonna haigustega inimesed, saavad mitterahalist toetust, rahalist toetust ja intressivaba laenu ületamiseks oma puude tõttu tekkivaid takistusi. (Nat rep un, 2013). Toetusi võivad taotleda vanemad või inimesed ise vastavalt diagnoositud puude astmele (1 kuni 5) 800-12000 SKR ulatuses. See kehtib häiretega ja puuetega inimestele ning noorte hoolekandes (alates 2006). Toetuse kasutamise üle otsustab selle saaja. Kõikides valdkondades on toimunud väike tõus. (Janoušková ja Tušková, 2015).

Tõsise psüühilise, taju- või vaimupuudega kodanikud, kelle liikumis- ja orienteerumisvõime on oluliselt piiratud, saavad lisatoetusi vastavalt nende puude tüübile ja astmele, eriti transpordi kasutamiseks või kui nad vajavad juhendajat. Tõsise puudega kodanikud saavad esimese järgu, väga tõsise puudega kodanikud teise järgu lisatoetusi. Väga tõsise puudega kodanikud, kes vajavad juhendamist, saavad kolmanda järgu lisatoetusi. (Nat rep un, 2013).

Uus tsiviilkoodeks määratleb puuetega inimestele osutatava abi erinevad vormid. Enne õigusvõime piiramist tuleb otsuse langetamisel kasutada toetavaid institutsioone ja leibkonna mõne teise liikme poolset esindamist või eestkostet, mis ei piira õigusvõimet, aitamaks inimesel keerukamates olukordades otsuseid langetada. Ainult juhul, kui need vahendid ei suuda puuetega inimese olukorda parandada, võib kohus inimese õigusvõimet piirata. (Nat rep un, 2013).

Igaühele on tagatud tasuta sotsiaalne nõustamine. (Nat rep un, 2013). Abi peab põhinema inimese individuaalselt määratletud vajadustel, peab suunama inimesi arenema, aitama suurendada nende iseseisvust, motiveerima võtma ette tegevusi, mis ei too kaasa pikaajalist seisakut või olukorra halvenemist. See peab aitama kaasa nende ühiskonda lõimumisele. (Nat rep un, 2013).

Sotsiaalteenuseid osutatakse inimeste huvides vajalikul määral ja viisil, mis tagab inimõiguste ja põhiõiguste pideva kaitse. (Nat rep un, 2013). Kasutada tuleb mehhanisme, mis võimaldavad sotsiaalteenustel reageerida paindlikult kasutajate või teenustest huvitatud inimeste vajadustele. (Nat rep un, 2013).

Luuu laiaulatuslik isikustatud sotsiaalteenuste pakkumine, mille hulgast saab inimene vabalt valida vastavalt sobivusele, rahalisele olukorrale või muudele individuaalsetele eelistustele. (Nat rep un, 2013)

Luuu ka võimalus osalemiseks otsuste tegemise selles osas, mis puudutab sotsiaalteenuste ulatust, tüüpe ja ligipääsetavust maakonnas või piirkonnas. (Nat rep un, 2013).

Pakkuda sotsiaaltoetusi – hooldustoetust – inimestele, kes vajavad oma igapäevaelus oma vanuse või tervisliku seisundi tõttu teiste abi. (Nat rep un, 2013). Tagada, et pakutavad teenused on kasutajate jaoks turvalised, professionaalsed ja vastavad nende individuaalsetele vajadustele. (Nat rep un, 2013)

Tšehhi Vabariik kasutab tööhõive suurendamiseks ka muid meetmeid, sest rohkem kui 25 töötajaga tööandjad on kohustatud tööle võtma puuetega inimesi, seda vastavalt puuetega töötajate

kohustuslikule määrale kogu töötajaskonna hulgas. Hetkel on kohustuslik määr 4%. (Nat rep un, 2013).

Sotsiaalse majutuse valdkonnas võivad toetused ulatuda 40 protsendini abikõlblikest kuludest. Siiski on maksimummäär 15 000 CZK sotsiaalkorteri ruutmeetri kohta omavalitsuste ja MTÜde omanduses olevate elamute renoveerimiseks. Toetusi võivad saada vaid omavalitsused või MTÜd. (Nat rep un, 2013).

Kriitika

Loodeti, et otsetoetuste sisseviimine vähendab oluliselt nõudlust traditsiooniliste, suurte ja kallite institutsioonide järele ning kasvatab kogukonnapõhiste alternatiivide kasutamist. Selle muudatuse mõju peab veel formaalselt hindama, kuid juba praegu on selge, et otserahastamise skeem on ootamatult suurendanud survet riigieelarvele. Kriitikud väidavad, et uue skeemi tegelikke kulusid ei arvatud eelnevalt korralikult välja. Inimeste arv, kellel tekkis õigus toetust saada, oli palju suurem kui varem arvatud. Samuti on selge, et toetusteks kuluvad summad ei kata tegelikku teenuste maksumust. Selle tulemusena on teenuste osutajad – MTÜd ja peamiselt regionaalsete võimuorganite juhitud organisatsioonid -, sattunud tõsisesse rahalistesse raskustesse, püüdes jätkata teenuste pakkumist ja otsides lisaressursse. Institutsioonid saavad lisaressursse oma asutajatelt, regionaalsetelt võimuorganitelt.

Teenuse kasutaja ja tema perekonna vaatenurgast tagab institutsioon pikaajalise stabiilsuse erinevalt MTÜst või mõnest muust teenuse pakkujast, mida ei rahastata lisaks regionaalsest eelarvest ja mille puhul puudub pikaajalise rahastamise garantii. Seega on teenuste kasutajatel ja nende peredel teoreetiliselt võimalik elukohta valida, kuid tegelikkuses on valik piiratud. Piirangud sunnivad valima pigem suuri institutsioone kui kogukonnapõhiseid teenuseid pakkuvat MTÜd. MTÜd kurdavad häälekalt, et ebavõrdne juurdepääs rahastamisele on oluliseks takistuseks institutsionaalselt hoolekandelt kogukonnapõhisele üleminekul. (Šiška, 2011).

Samas on näha, et juhtudel, kus kasutatakse otserahastamist ja isikustatud eelarveid, ei piisa inimeste valikuvõimaluste ja kontrolli suurendamiseks ainult inimesekesksest rahastamisest — vaja on võimaldada ka ressursside paindlikku kasutamist ja toetatud otsuste tegemist, seda lisaks inimesekesksetele lähenemistele toetamisel.

Eestkoste on üks neist elementidest. Institutsioonide intellektipuudega elanikud on tihti eestkoste all. Eestkostet kasutati samas liiga sageli selleks, et institutsioonide võimu säilitada ja isegi tugevdada. Institutsioonide direktorid määrati tihti mitme patsiendi eestkostjaks. Seega ei olnud midagi üllatavat, et üks inimene oli eestkostjaks mitmele teisele.

Uued skeemid nagu kodanike õiguste kaitse, eestkoste muutunud määratlus, sotsiaaltöötajate suurem kaasatus, toetatud otsuste tegemine ja inimesekeskse planeerimise ja individuaalse finantseerimise kombinatsioon peaks võimaldama sellist olukorda vältida. Siiski on tegelik valik teenuste saamise viisi ja koha osas üsna piiratud. Kuigi otserahastamise juurutamine tõi kaasa suured muutused rahastamissüsteemis, ei ole võimalik täheldada intellektipuudega inimeste valiku- ja kontrollivõimaluste olulist paranemist. (Šiška, 2011).

Isikustatud abi unikaalsus seisneb selles, et puuetega inimestel on võimalik valida, kes nende heaks töötab, toetusi organiseerib ja kohtumiste aegu määrab. See tähendab kogu protsessi kontrollimist ja juhtimist. Valik ja kontroll isikliku abistaja tugiteenuse puhul puudub tavaliselt täielikult, kui seda osutatakse organisatsioonides, kus on piiratud arusaamine iseseisva toimetuleku põhimõtetest ja

otsetoetusi kasutatakse viisil, mis ei anna intellektipuudega inimestele vabadust valida ja otsustada. Pakutava teenuse kvaliteeti piirab ka puuetega inimesi toetada saavate isiklike abistajate madal palk. (Vintila, 2013).

Nende õiguste kasutamine on raskendatud teenuste kasutajate piiratud õigusvõime tõttu, millele lisandub kvalifitseeritud personali puudumine ja piiratud arusaam sellest, mida isikustatud toetus tähendab. Lisaks käsitlesid teenuste kasutajad mõningat igapäevaelu rutiinset toetavat abi iseseisvuse määrgina. See on aga tavapärane kaitsvate meetmete osa ja ei suurenda tegelikkuses valikuvõimalusi. (Vintila, 2013).

Omamaks diskrimineerimisest vaba elukohta, mis on ligipääsetav ja taskukohane, peab intellektipuudega inimestel olema Tšehhi Vabariigis takistusteta juurdepääs riiklikule majutusprogrammidele. Samas ei suuda intellektipuudega inimesed seda saavutada nii kaua, kuni nad kuuluvad praeguse eestkosteseaduse alla. Veelgi enam. Kogukonnas elamise kuluefektiivsus võib mõjuda negatiivselt seal elamise võimalustele, kui rahastus ei ole jätkusuutlik ja põhjustab eraldatust, nagu uuringu tulemused näitavad. (Vintila, 2013).

Kasutatud kirjandus

Bražinová, A. et. al.(2008). Mental Health Policies and Legislation, 81-112. In: Horyna, M. (ed.). *Mental Health Care Reform in the Czech and Slovak Republics, 1989 to the Present*. Prague: Karolinum Press.

Dlouhý, M. et.al. (2008). Changing Mental Health Care, 161-185. In: Horyna, M. (ed.). *Mental Health Care Reform in the Czech and Slovak Republics, 1989 to the Present*. Prague: Karolinum Press.

Dlouhy, B.M.C. (2014). Mental health policy in Eastern Europe: a comparative analysis of seven mental health systems. *Health Services Research* 2014, 14:42 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/42>, 5-8.

European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care (2012). *Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care*. Brussels:EU. <http://deinstitutionalisationguide.eu/wp-content/uploads/Common-European-Guidelines-on-the-Transition-from-Institutional-to-Community-based-Care-English.pdf>.

Horyna, M. (ed.) (2008). *Mental Health Care Reform in the Czech and Slovak Republics, 1989 to the Present*. Prague: Karolinum Press.

Höschl, C., Winkler, P., Pec, O. (2012). The state of psychiatry in the Czech Republic. *International Review of Psychiatry*, 24(4), pp. 278–285

Janoušková, M., Tušková, E. (2015). Based on double interview 10.11.2015 and some written not published information.

Jdi (2015). *Threats to the process of transition from institutional to community based care in the Czech Republic*, Prague 2015. http://lp.cz/wpcontent/uploads/JDI_SituaceRizikaDI_EN.pdf

Motlová, L. et.al (2008). Advocacy, Stigma and Self-Help, 187-195. In: Horyna, M. (ed.). *Mental Health Care Reform in the Czech and Slovak Republics, 1989 to the Present*. Prague: Karolinum Press.

Nawka, P. et.al (2008) Organizational Structures, 113-141. In: Horyna, M. (ed.). *Mental Health Care Reform in the Czech and Slovak Republics, 1989 to the Present*. Prague: Karolinum Press.

Schmidt, V., Bailey, J.D., (2014). Institutionalization of Children in the Czech Republic: A Case of Path Dependency. *Journal of Sociology & Social Welfare*, March 2014, Volume XLI, Number 1. pp. 53-75.

Šiška, J., July Beadl-Brown (2011). Developments in Deinstitutionalization and Community Living in the Czech Republic. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. 8 (2) 125–133.

UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (2013). *Consideration of reports submitted by States parties under article 35 of the Convention. Initial reports of States parties due in 2011 Czech Republic*. <http://docstore.ohchr.org/SelfServices>

Vevera, J. et. al (2008). Human Resources and Training. 197-203 In: Horyna, M. (ed.). *Mental Health Care Reform in the Czech and Slovak Republics, 1989 to the Present*. Prague: Karolinum Press.

Vintila, L. (2013). *From Institutional Settings to Community Living: Enabling people with intellectual disabilities to be active citizens*. Master's Thesis Univerzita Karlova v Praze Pedagogicka Fakulta.

Winkler, P. et.al. (2015). Reported and intended behaviour towards those with mental health problems in the Czech Republic and England. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.05.003>.

Lisa 6. Intervjuu küsimused teenusekasutajatele, -arendajatele, osutajatele ja KOV sotsiaaltöötajatele

Sissejuhatus

1. Mida tähendab Teie jaoks DI? Kuidas Teie deinstitutionaliseerimise põhituumast aru saate? (Kust infot olete saanud?)
2. Mida tuleks Eestis teha, et saavutada olukord, et Eestis psüühikahäiretega inimestele kogukonnapõhine toetus toimiks? Millist mõju see psüühikahäiretega inimestele avaldaks (kui meil oleks toimiv kogukonnapõhine toetussüsteem)? (Mõju eluvaldkondadele: õppimine, töötamine, elamine ...).
3. Millised on Teie tööpiirkonnas praegused abivõimalused, mis on psüühikahäiresse haigestunud inimesele kättesaadavad? Millest on puudus (et toetada nende võimalikult iseseisvat elamist, töötamist, õppimist jne)? Mis toimib hästi (head praktikad)? Teenuse saajalt: millal, kellelt ja millist abi oled saanud ja millisest abist tunned/oled puudust tundnud?
4. Millised eeltingimused peavad olema täidetud, et psüühikahäiretega inimestele oleks võimalik elukohapõhiselt toetust ja teenuseid pakkuda?

Mis motiveeriks, toetaks KOV-i, et see oleks motiveeritud elukohapõhiselt toetamisega tegelema?

Kuidas oleks võimalik tagada, et kogukonnapõhine toetus oleks igas piirkonnas samaväärselt, võrdselt kättesaadav?

Milliseid seaduse piiril olevaid lahendusi, seaduseauke on otsitud, et lahendusi leida? Milliste nippidega on saadud abi, mida vajatakse?

5. Kuidas tõhustada koostööd institutsioonide ja osapoolte vahel, et kogukonnapõhine toetus toimiks? Et isik, KOV, erihoolekandeteenuse osutaja, reh-teenuse osutaja, riik teeksid koostööd?
6. Millise peamised probleemid, riskid ilmnevad suure tõenäosusega, kui ps-häirega inimesi toetavaid teenuseid asutakse pakkuma kogukonnas?

Millised on erihoolekandeteenuste osutajate ja KOV sotsiaaltöötajate koostööd takistavad tegurid praegu? Kuidas neid lahendada?

Millised probleemid võivad ilmneda, kui erihoolekandeteenuseid asutakse osutama KOV sotsiaalpindadel (just fookusega KOVi ja erihoolekandeteenuse osutaja koostööl)? Nt pindu ei ole, hoiakud ...

7. Uurimuse käigus tutvusime ka ps-häirega inimeste kogukonnapõhist toetust tagavata välispraktikatega. Tutvustame nüüd neid ja palume tagasisidet – millised mõtted tekivad, mida ja kuidas võiks Eestisse üle kanda/siin rakendada? Miks ei sobiks need meie konteksti? Millist kasu võiks rakendamine tuua? Millised riskid vajaksid maandamist enne vms?

Lisa 7. Intervjuu küsimused tööandjatele

Põhiküsimused:

1. Tutvumine (asutus, kes ametilt ja milline kogemus-seos teemaga ehk ps-häiretega inimestele töö pakkumisega/töökohtadega)?
2. Missuguseid tööandjaid ja töötajaid tööle saamist toetavaid meetmeid täna meelsasti kasutatakse?
3. Millist tuge, nõu, abi tööandjad vajaksid, et ps-häirega inimesi palgata ja nende töötamist toetada?
4. Mida Te soovitate, et tõhustada psüühilise erivajadusega inimeste tööle saamist/toetamist?
5. Missuguseid lisameetmeid vajavad tööandjad psüühilise erivajadusega inimeste tööle võtmiseks?

Lisa 8. Otsetoetuste ja isikustatud eelarve skeemid

Isikustatud eelarve süsteemi rahvusvaheline ülevaade

Ühendkuningriigi ja Soome uuringute tulemused, näited ja kogemused

Definitsioonid

Otsetoetused

Otsetoetused või otsemaksed on rahalised maksed, mida saavad teenusekasutajad selleks, et osta kogukonnapõhised teenuseid, mida on nende puhul vajalikuks peetud ja toetuste eesmärk on võimaldada kasutajate suuremat valikuvabadust oma hoolekande osas. Toetuse suurus peab olema piisav võimaldamaks teenusekasutajal osta teenuseid, mis vastavad tema õigustatud vajadustele.

Isikustatud eelarved

Isikustatud või isiklikud eelarved on kasutajatele eraldatud raha hulk vastavalt hinnangule, milline raha summa on nende vajaduste rahuldamiseks piisav. Kasutajad võivad käsitleda oma isikliku eelarvet kui otsetoetust või – alles otsustades kes ja kuidas neile hoolekannet osutab – jätta neile vajalike teenuste leidmise kohalike omavalitsuste ülesandeks. Samuti võivad nad kasutada kahe variandi kombinatsiooni.

Isiklike teenuste fond

Üks kohaliku omavalitsuse poolt hallatava isikustatud eelarve vorm on isiklike teenuste fond, mille puhul haldab eelarvet teenuseosutaja, kuid teenusekasutaja saab valida kuidas sellest osa või kõike kulutada. Isiklike teenuste fonde on kasutatud isikustatud eelarvete rakendamisel hoolekandeesutustes.

Otsetoetuste ja isikustatud eelarve skeemide eeliseks on võimalus toetada valikuvabadust, kontrollivõimalusi ja iseseisvalt elamist, mis on 21. sajandi sotsiaaltöö keskmes. Nad kujutavad endast unikaalset võimalust kasutada tõeliselt jõustavaid, isikukeskseid ja vajadustel põhinevaid lähenemisi.

Ühendkuningriik¹⁶²

Briti mudeli kõige olulisemaks osaks, kus isikustatud eelarve süsteem viidi sisse 1996. aastal, on isiklik planeerimine, kus teenusekasutaja saab otsustada, millised teenused talle kõige enam sobivad. Lisaks sotsiaal- ja tervishoiuteenustele võib puudega teenusekasutaja kulutada raha ka erinevate osavõtumaksude tasumiseks nagu jõusaali kasutamine või vabaajategevused.

Isikustatud eelarvestamine esindab puuetega inimestele suunatud poliitikat, mille puhul on teenusekasutajatel õigus oma igapäevaelu puudutavates küsimustes valikuid teha ja otsuseid langetada. Kõige üldisemalt tähendab isikustatud eelarve teenuste organiseerimist sellisel viisil, et teenusekasutaja käsutuses on raha, mis on talle vajalike teenuste kasutamiseks eraldatud. Teenuste korraldamise protsessi keskmeks on isikustatud planeerimise põhimõte.

¹⁶² Based on: Jon Glasby: *Direct payments and the social model of disability- Social Work & Social Sciences Review 12(2) 2005 pp.48-58*

Nimetatud puuetega inimeste poliitikas toimuvaid muutusi viivad ellu peamiselt kohalikud omavalitsused. Neid uusi praktikaid võib vaadata ka deinstitutsionaliseerimise kontekstis, sest mitmes riigis on pooleli protsess, mille käigus vähendatakse suletud institutsioonides elavate puuetega inimeste arvu ja luuakse majutusüksusi, mis võimaldavad neil suuremat iseseisvust saavutada.

Isikustatud eelarvet saab kasutada näiteks eluaseme renoveerimiseks ja elamistingimuste parandamiseks, isiklikule abistajale maksmiseks, abivahendite muretsemiseks, tervishoiuteenuste eest tasumiseks, vabaajategevusteks, õppemaksuks, etc.

Eelarvet hallatakse ressursside eraldamise süsteemis, mis tähendab, et ühe inimese poolt kasutatavatele teenustele eraldatud raha muutub isiklikuks eelarveks, mida võib kontrollida nii teenusekasutaja kui nõukogu. Uuringute tulemused näitavad, et teenusekasutajate rahulolu on suurem kui nad kontrollivad oma eelarvet ise.¹⁶³

Otsetoetuste poliitika pakkusid välja ja arendasid edasi puuetega inimeste õiguste eest seisjad. Rohkem kui ühtki teist poliitikat rakendasid otsetoetusi kõige esimesena puuetega inimesed, nad võitlesid toetuste saamise eest ning muutsid süsteemi oma vajadustele vastavaks.¹⁶⁴

1990ndate alguses näitas Iseseisva elamise fondi¹⁶⁵ kohta tehtud uuring (otsetoetuse eelkäija, mille raames eraldati teatud puuetega inimeste gruppidele raha isikliku abistaja palkamiseks), et rahaliste maksete tegemine otse teenusekasutajatele suurendas nende kontrolli- ja valikuvõimalusi, mida ei olnud suudetud saavutada muude riiklike teenustega.¹⁶⁶

Raha saamine isikliku abistaja palkamiseks võimaldas neil valida hooldaja, kellega nad tundsid end hästi ning kellel olid nende arvates sobivad tugevused ja oskused. Puudega inimene võis palgata kindlast soost ja temaga sama keelt rääkiva inimese. Selle tulemusena oli puuetega inimestel võimalik luua ja säilitada oma hooldajatega pikemaajalisi suhteid ning hooldajad ei vahetunud enam nii tihti. Samal ajal loodi võimalus ka paindlikuks abi saamiseks, mis vastas nende pidevalt muutuvatele vajadustele.

Mitmetes uuringutes rõhutasid vastanud korduvalt kontrollivõimalust, mida Iseseisva elamise fondi maksed neile andsid ja eneseaustust, mida nad tööandjatena tundisid. Selle asemel, et sõltuda oma hoolekande vajaduse määramisel ja rahuldamisel teistest said puuetega inimesed ise määrata seda, mida Kestenbaum¹⁶⁷ on kirjeldanud kui *'hoolekande korralduse mis, kuidas, kes ja millal.'*

1994. aastal jõuti samadele tulemustele ka Zarbi ja Nadashi poolt Briti Puuetega inimeste nõukogule tehtud uuringus. Paljude uuringus osalenute jaoks olid kaudsed/ otsesed maksed olulised võimaldamaks toetusesaajatel saavutada kontrolli selle üle, millal nad toetust saavad, kes seda osutab, millist toetust nad saavad ja kuidas, parandades seeläbi nende elukvaliteeti ja suurendades eneseväärikust. Kokkuvõttes peeti toetussüsteemi kõige olulisemaks osaks valiku- ja

¹⁶³ Hatton, C. & Waters, J. (2011). The National Personal Budget Survey. London: In Control Publications.

¹⁶⁴ Glasby, J. (2005) Direct payments and the social model of disability Social Work & Social Sciences Review 12(2) 2005 pp.48-58

¹⁶⁵ Kestenbaum, A. (1993b) Making Community Care a Reality: The Independent Living Fund, 1988-1993. London: RADAR

¹⁶⁶ Lakey, J. (1994) Caring about Independence: Disabled people and the Independent Living Fund.

¹⁶⁷ Kestenbaum, A. (1993a) Cash for Care: A report on the experience of Independent Living Fund clients. (2nd ed.) London: RADAR/Disablement Income Group

kontrollivõimalusi saadava toetuse üle, mis viis omakorda usaldusväärsemate ja paindlikumate teenusteni, mis vastasid paremini kasutajate vajadustele.¹⁶⁸

1999. aastal leiti Sotsiaalteenuste inspeksiooni poolt läbi viidud uuringus, et otsetoetusi saavad inimesed olid oma hoolekandega rohkem rahul kui otseseid teenuseid saavad inimesed ning kõige olulisemaks peeti kontrollivõimalust.¹⁶⁹ Ühe kasutaja jaoks oli otsetoetuste skeem 'lihtsalt kõike muutnud – eneseaustust tõstnud'¹⁷⁰. Norfolkis leidsid kõik kohalikus otsetoetuste projektis osalejad, et skeem on võimaldanud nende igapäevaelus suuremat valiku- ja kontrollivõimalust, jõustades neid elama oma elu neile sobival viisil.¹⁷¹ Seda toodi välja ka Šotimaal, kus vastanud hindasid valiku- ja kontrollivõimalust, vastandades seda eelneva mittejõustava otsete teenuste kogemusega.¹⁷²

Valiku- ja kontrollivõimaluse olulisus on tõstatunud ka puuetega inimeste organisatsioonide nagu Riikliku iseseisvalt elamise keskuse poolt läbi viidud uuringutes. 1999. aastal rõhutati keskuse juhendmaterjalis kohalikele omavalitsustele, et otsetoetused täidavad oma eesmärgi ja võimaldavad iseseisvalt elada.¹⁷³

Iga otsetoetuste süsteemi aspekti peab vaatama eraldi, et see võimaldaks puuetega inimestel oma igapäevaelus maksimaalse valikuvõimaluse ja kontrolli saavutada. Sarnane soovitus on kirjas ka Iseseisva elamise fondi üldistes soovituses isikliku abistaja palkamiseks, kus on ära toodud isikliku abistaja palkamisega seotud paljud probleemid, aga jõutakse lõpuks ka suurenenud valiku- ja kontrollivõimaluseni, mida otsemaksete kasutamine võib kaasa tuua.¹⁷⁴ Puuetega inimesed on oma olemuselt haavatavad, seega kalduvad neile suunatud teenused olema liialt kaitsvad. Otsetoetused võimaldavad riskida, nagu kõik teised oma vigadest õppida ning targemaks ja tugevamaks inimeseks areneda. See ongi iseseisvalt elamine.

Loomulikult sõltub valiku- ja kontrollivõimaluse kasv viisist, kuidas otsetoetused on igas kohalikus omavalitsuses operatsionaliseeritud ja millised on neid toetavad teenused: liiga madala toetuse maksmine, mis ei kata inimese vajadusi ja hoolekannet puudutavate otsuste tegemisel üksi jätmine ei ole vabastav ega jõustav. Paljudes Ühendkuningriigi piirkondades kõigub toetuse tase ja viis suuresti ning on näiteid selle kohta, et kasutajate poolt juhitud Iseseisva elu keskuse olemasolu on paljude edukate skeemide võtmelement, pakkudes inimestele võimalust kasutada palju kiidetud kogemusnõustamist.¹⁷⁵

¹⁶⁸ Zarb, G., and Nadash, P. (1994) *Cashing in on Independence: Comparing the costs and benefits of cash and services*. London: BCODP

¹⁶⁹ Fruin, D. (2000) *New Directions for Independent Living*. London: Department of Health

¹⁷⁰ quoted in Fruin

¹⁷¹ Dawson, C. (2000) *Independent Successes: Implementing direct payments*. York: Joseph Rowntree

¹⁷² Witcher, S., Stalker, K., Roadburg, M., and Jones, C. (2000) *Direct Payments: The impact on choice and control for disabled people*. Edinburgh: Scottish Executive Central Research Unit

¹⁷³ Hasler, F., Campbell, J., and Zarb, G. (1999) *Direct Routes To Independence: A guide to local authority implementation and management of direct payments*. London: Policy Studies Institute

¹⁷⁴ Vasey, S. (2000) *The Rough Guide To Managing Personal Assistants*. London: National Centre for Independent Living

¹⁷⁵ Glasby, J., and Littlechild, R. (2002) *Social Work and Direct Payments*. Bristol: Policy Press

Lisaks sellele kaasnevad otsetoetustega teised probleemid: töötajate leidmine, infopuudus ja madal teadlikkus pakutavatest teenustest ning raskused varasemate kehvade kogemuste ja mittejõustavate teenustega toimetulekuga.¹⁷⁶

Ühes värskes uuringus on autorid välja toonud järgmised takistused:¹⁷⁷

- Selge info puudumine inimeste jaoks, kes võiksid otsetoetusi kasutada, s.h ebapiisav info selle kohta, milleks toetusi kasutada saab.
- Probleemid isiklike abistajate leidmise, palkamise, hoidmise ja arendamisega ning kvaliteedi tagamisega.
- Otsetoetuste haldamisega seonduv keerukus.
- Hirm otsetoetuste rahalise poolega toimetuleku ees.
- Pingutused, mis on vajalikud toetuse saamiseks (eriti hooldajate jaoks ja inimeste puhul, kelle eelarve on väiksem).
- Suunatud info, nõuannete ja toetuse puudus traditsiooniliselt kõrvale jäetud ja marginaliseeritud gruppide osas.
- Ebapiisav katvus, eriti vähem esindatud gruppide puhul.

Kaasaegsed IT vahendid võivad olla abiks olulisele infole juurdepääsu parandamisel ja jagatud majanduse initsiatiive kasutades saab toetusvõrgustikku rohkem kogukondlikke ressursse kaasata.

Ühendkuningriigis koostati uusim isikustatud eelarve raport 2013. aastal Kolmanda riikliku isikustatud eelarve uuringu raames. Vastavalt selle uuringu tulemustele oli isiklike eelarvete mõju abivajavatele inimestele ja omastehooldajatele kõikides uuringusse kaasatud rahvastiku gruppides valdavalt positiivne.

Vähemalt kaks-kolmandikku vastanutest väitsid, et isiklik eelarve on teinud nende elu paremaks või oluliselt paremaks 11-s valdkonnas 15-st, mis uuringus esindatud olid:

- Väärikus hoolekandes (82%)
- Vabadus (78.9%)
- Hoolekande korraldus (79.9%)
- Suhteid inimestega, kellele makstakse nende hooldamise eest (75.9%)
- Elukvaliteet (81.4%)
- Vaimne tervis (66%)
- Kontroll elu üle (70.6%)
- Turvatunne (72.8%)
- Suhted perekonnas (74.6%)
- Tasustatud suhted (67.8%)
- Eneseuhkus (73.2%)

Vähem kui 5% inimestest leidis, et isiklik eelarve on avaldanud negatiivset mõju vähemalt ühele küsitluse 15-st valdkonnast. Isikliku eelarve positiivsete mõjude osas puudusid sotsiaalhoolekande gruppide vahel erinevused kaheksas uuritud valdkonnas 15-st.

¹⁷⁶ Hasler, F. (2003) Clarifying the Evidence Of Direct Payments Into Practice. London: NCIL

¹⁷⁷ Hasler, F.; Marshall, S. (2013) Trust is the key: Increasing the take-up of direct payments. Disability Rights UK, 2013

Enam kui kaks-kolmandikku hooldajatest väitis, et hooldatava isikliku eelarve tõttu on asjad läinud paremaks või palju paremaks kolmes uuritud valdkonnas kaheksast: jätkuv hoolekanne (78.6%), hooldatava elukvaliteet (79.6%) ja hooldaja elukvaliteet (71.3%).

Inimesed, kes leidsid, et nende arvamusega arvestati nende vajaduste hindamisel rohkem märkisid sagedamini oma eelarvete positiivset mõju 14-s uuritud valdkonnas 15-st.

Inimesed, kellel oli oma eelarve olnud enam kui aasta, tõid välja elukvaliteedi paranemise ja eneseväärikuse tõusu ning inimesed, kellel oli oma eelarve olnud enam kui kolm aastat, tõid esile parema olukorra selles osas kus ja kellega nad koos elavad.

Soome

"Ma tean, mida ma tahan" on Soome projekt, mille viisid vahemikus 2010 kuni 2013 ellu Soome Intellekti ja arengupuute ühing ja Intellektipuudega inimeste teenuste fond.¹⁷⁸

Eksperiment viidi edukalt läbi kahes maaomavalitsuses hõlmates 15-20 intellekti- ja/või füüsilise puudega inimest ja 30-40 töötajat, kes tegelesid puuetega inimestele mõeldud teenusega.

Isikustatud eelarve eksperimendi tulemused on olnud positiivsed. Isikukeskse planeerimise protsess on suurendanud heaolu, sest puuetega teenusekasutajad on saanud võimaluse mõelda, kuidas oma elu parandada. Mõned osalejad on suutnud isikliku eelarve abiga ka oma elu oluliselt muuta. Need positiivsed kogemused on kasulikud kohalike omavalitsuste jaoks, et isikustatud eelarve süsteemi edasi arendada. Siiski näitavad puuetega inimeste elu mõjutavate institutsionaalsete võimusuuhete uuringud, et isiklike teenuste planeerimine ei suurenda tingimata iseotsustamist kui professionaalid jätkuvalt domineerivad.

Soome pilootprojektis peeti kohalike maksuseaduste tõttu otstarbekaks jätta isiklikud eelarved kohalike omavalitsuste hallata. Siiski rõhutati, et puudega inimese iseotsustamise õigust toetatakse isikukeskse planeerimise protsessi kaudu.

Soome seadusandluse järgi võib inimene olla tööandja või võib abi olla korraldatud kohaliku omavalitsuse poolt, kuid pereliige ei tohi ametlikult ilma mõjuva põhjuseta isiklikuks abistajaks olla, samas kui nt UKs ja Hollandis on võimalik palgata isiklikuks abistajaks ka oma pere liige.

Pilootprojekt ei piirdunud ainult isikliku abistajaga, vaid hõlmas kõiki kohaliku omavalitsuse vastutada olevaid teenuseid. Rõhutati, et isikukeskne planeerimine on praktika, mis loob puudega kliendiga uue suhte, kus fookus on inimese vajadustel ja tema võimel otsuseid langetada. Oluliseks peeti nende hoiakute muutumist, mis on vajalikud klienditööks.

Esimeses etapis olid projekti kaasatud viis puudega inimest Ida-Soomest ja seitse Lõuna-Soomest. Enamik osalejatest olid noored täiskasvanud ja projektis osales ka kaks keskealist inimest. Protsessi jooksul oli neil võimalik planeerida oma igapäevaelu muutes seda isikustatud eelarve kasutamise abil tähendusrikkamaks. Eelarved moodustati sellisel viisil, et isikule sellel ajahetkel osutatavate teenuste maksumus arvestati ümber isiklikuks eelarveks. Näiteks kasutas üks inimene kohaliku töökeskuse teenuseid ja soovis oma eelarve toel osalise ajaga tööle asuda. Tema eelarve baseerus töökeskuse päevamaksumusel ja oli koostatud kuu eelarvena jagatuna igale nädalapäevale. Selle eelarvega peaks

¹⁷⁸ Eriksson, S. (2014) Personal Budgeting in Municipal Disability Services. The first experiment in Finland. The Finnish Association on Intellectual and Developmental Disabilities, Center of Research and Development. Helsinki 2014

tal olema võimalik palgata isiklik abistaja, kes aitaks töö osas, mis seisnes eaka naisterahva abistamises üks kord nädalas tema maja koristades ja nõusid pestes. Teistel päevadel tahtis ta töökeskuses vaipu kududa.

Enamik pilootprojektis osalenud teenusekasutajaid soovis muuta oma nädalakava nii, et tehakse "tõelist tööd" selle asemel, et töötada töökeskuses. Osad leidsid protsessi kestel osalise ajaga töö. Sooviti ka uusi hobisid ja sõpru. Üks inimene soovis leida huvitava eriala, mida õppida. Teine tahtis kolida toetatud elamisest ära üürikorterisse, et iseseisvalt elada. Ta leidis uue elukohta ja on peale sinna kolimist saanud elada elu, mida teised ei kontrolli. Pärast märkis ta, et institutsionaalsetest tingimustest ärakolimise on tähendanud tema jaoks olulist elukvaliteedi tõusu.

Tegelik puuetega teenusekasutajate isikliku eelarve protsess sai alguse projekti koolitustel, mis toimusid samaaegselt isikustatud eelarve süsteemi planeerimise protsessiga puuetega inimestele suunatud teenuste raames. Mõlemas piirkonnas oli probleemiks hästi toimiva põhimõtte leidmine, kuidas muuta teenuste maksumus eelarveks, kuid omavalitsustel lubati olla oma inimeste plaanide osas teatud määral paindlikud. Lõpuks tutvustati eelarveid projektis osalevate inimeste toetajatele, kes olid sageli nende pereliikmed, kuigi see ei olnud kerge. Rahaeraldamise mudeli leidmise protsess toimus samaaegselt isikliku planeerimise alustamisega. Alguses oli protsessi kohta jagatav info ebapiisav, sest sotsiaaltöötajad ei teadnud ka ise protsessi üksikasju. Nüüdseks on puuetega inimesed ja nende toetajad protsessiga arvestataval määral rahul.

Need tulevikku suunatud isiklikud plaanid ja isikustatud eelarve rakendamise protsessiga seotud küsimused olid arutlusel grupikohtumistel, millest said peamised uuringuandmed. Vaadeldes grupiliikmete käitumist grupiaruteludes sai võimalikuks grupisisese suhtluse uurimine. Sellisel viisil oli võimalik jälgida võimusuhteid puuetega teenusekasutajate ja töötajate vahel, mis oli teenusekasutaja positsiooni kujunemise üheks tasandiks. Analüüsi teisel tasemel oli võimalik uurida suhtluse diskursiivset poolt analüüsides valitsevaid diskursusi, mida kasutades puuetega inimeste rolle loodi.

Mõlemas Soome kohalikus omavalitsuses, kus projekt ellu viidi, on tehtud otsus alustada puuetega inimestele suunatud teenuste isikustatud eelarve süsteemiga ka ametlikult.

Käesoleva uuringu empiiriline analüüs, mis tugineb projekti alguses kogutud andmetel, näitab, et isikustatud eelarve protsessis luuakse puuetega klientide rollid rõhutades teenuste ja klientitöö arendamise tähtsust parandamaks teenusekasutajate olukorda ja nende iseotsustamise võimalusi.

Kasutatud kirjandus

Dawson, C. (2000) *Independent Successes: Implementing direct payments*. York: Joseph Rowntree

Eriksson, S. (2014) *Personal Budgeting in Municipal Disability Services. The first experiment in Finland*. The Finnish Association on Intellectual and Developmental Disabilities, Center of Research and Development. Helsinki 2014

Fruin, D. (2000) *New Directions for Independent Living*. London: Department of Health

Glasby, J. (2005) *Direct payments and the social model of disability* *Social Work & Social Sciences Review* 12(2) 2005 pp.48-58

Glasby, J., and Littlechild, R. (2002) *Social Work and Direct Payments*. Bristol: Policy Press

Hasler, F. (2003) *Clarifying the Evidence Of Direct Payments Into Practice*. London: NCIL

- Hasler, F., Campbell, J., and Zarb, G. (1999) *Direct Routes To Independence: A guide to local authority implementation and management of direct payments*. London: Policy Studies Institute
- Hasler, F.; Marshall, S. (2013) *Trust is the key: Increasing the take-up of direct payments*. Disability Rights UK, 2013
- Hatton, C. & Waters, J. (2011). *The National Personal Budget Survey*. London: In Control Publications.
- Kestenbaum, A. (1993a) *Cash for Care: A report on the experience of Independent Living Fund clients*. (2nd ed.) London: RADAR/Disablement Income Group
- Kestenbaum, A. (1993b) *Making Community Care a Reality: The Independent Living Fund, 1988-1993*. London: RADAR
- Lakey, J. (1994) *Caring about Independence: Disabled people and the Independent Living Fund*.
- Witcher, S., Stalker, K., Roadburg, M., and Jones, C. (2000) *Direct Payments: The impact on choice and control for disabled people*. Edinburgh: Scottish Executive Central Research Unit
- Vasey, S. (2000) *The Rough Guide To Managing Personal Assistants*. London: National Centre for Independent Living
- Zarb, G., and Nadash, P. (1994) *Cashing in on Independence: Comparing the costs and benefits of cash and services*. London: BCODP

Lisa 9. Erihoolekande teenuste kulumudel SA Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskuse näitel

Sotsiaalhoolekande seaduse ja ministri määruse alusel kattis riik 2015. a teenuse kulud isiku kohta järgmiselt: igapäevaelu toetamise teenus maksumusega 101 eurot kalendrikuus, töötamise toetamise teenus maksumusega 83 eurot kalendrikuus ja toetatud elamise teenus maksumusega 157 eurot kalendrikuus. Lisaks on KOV kohustatud katma IET ruumide ülalpidamiskulu.

Koostatud kulumudeli aluseks on isikule teenuse osutamise kulud. Teenuseid osutatakse olemasoleval teenuskohal, investeringuid või muid teenuskoha loomiseks vajalikud kulutusi teenuse hinnas ei kajastu.

Kulumudeli aluseks on 2015. a teenuse osutamisega seotud kulude jaotumine. Kulud on jaotatud kaheks, otsesed teenuse osutamisega seotud kulud ja kaudsed teenuse osutamisega seotud kulud. SA osutab lisaks erihoolekande teenustele ka muid sotsiaalteenuseid. See on aluseks jaotusele, nt juhtimisega seotud kulude seotus teenuse osutamisega on hinnanguline

Tabel 1. Erihoolekande teenuse kulud teenuse kasutaja kohta keskmiselt kuus 2015. a

	Igapäevaelu toetamine		KOKK U	Toetatud elamine		KOKK U	Toetatud töötamine		KOKKU
	otsesed kulud	kaudsed kulud		otsesed kulud	kaudsed kulud		otsesed kulud	kaudsed kulud	
Töötasu	58.11	8.93	67.04	58.98	3.05	62.04	56.03	1.24	57.27
Töötasu töövõtul.	1.30	0.11	1.41	1.32	0.04	1.36	1.26	0.01	1.27
Muud tasud	0.00	2.68	2.68	0.00	0.92	0.92	0.00	0.37	0.37
Sotsiaalmaks	18.90	3.76	22.66	19.18	1.29	20.47	18.22	0.52	18.74
Töötuskindlust.	0.47	0.07	0.54	0.48	0.02	0.50	0.46	0.01	0.47
Administreerimisk.	1.05	0.56	1.62	1.07	0.19	1.26	1.02	0.08	1.09
Lähetuskulud	0.03	0.16	0.18	0.00	0.05	0.05	0.33	0.02	0.35
Koolituskulud	0.30	0.11	0.41	0.00	0.04	0.04	1.25	0.02	1.27
Majandamiskulud	15.30	0.35	15.65	10.91	0.12	11.03	0.00	0.05	0.05
Sõidukite ülalpid.	0.26	0.11	0.37	3.26	0.04	3.29	1.02	0.01	1.03

Infotehnoloogia	0.33	0.11	0.45	0.00	0.04	0.04	0.00	0.02	0.02
Inventarikulu	0.36	0.06	0.42	3.47	0.02	3.50	0.00	0.01	0.01
Toitlustamine		0.06	0.06	0.00	0.02	0.02	0.00	0.01	0.01
Tootmisega seot.	0.04	0	0.04	0.00	0	0.00	0.00	0	0.00
Muu materjal	0.09	0	0.09	0.00	0	0.00	0.00	0	0.00
Muud klienditeg. kulud	2.43	0.31	2.74	0.00	0.11	0.11	0.00	0.04	0.04
Käibemaks, riigilõiv	3.62		3.62	1.72		1.72	0.07		0.07
Põhivara kulum	0.28		0.28	0.00		0.00	0.00		0.00
Kokku	102.87	17.38	120.26	100.40	5.95	106.35	79.65	2.41	82.06

Tabel 2. Erihoolekande teenuse kulud olulisemate kulukohtade lõikes

	Igapäevaelu toetamine		Kokku	Toetatud elamine		Kokku	Toetatud töötamine		Kokku
	otsesed kulud	kaudsed kulud		otsesed kulud	kaudsed kulud		otsesed kulud	kaudsed kulud	
Töötasu ja maksud	78.78	15.55	94.33	79.97	5.32	85.28	75.97	2.15	78.13
Administreerimisk.	1.05	0.56	1.62	1.07	0.19	1.26	1.02	0.08	1.09
Lähetus ja koolituskulud	0.33	0.27	0.60	0.00	0.09	0.09	1.58	0.04	1.62
Majandamiskulud	15.30	0.35	15.65	10.91	0.12	11.03	0.00	0.05	0.05
Sõidukite ülalpid.	0.26	0.11	0.37	3.26	0.04	3.29	1.02	0.01	1.03
Infotehnoloogia	0.33	0.11	0.45	0.00	0.04	0.04	0.00	0.02	0.02
Inventarikulu	0.36	0.06	0.42	3.47	0.02	3.50	0.00	0.01	0.01

Muud toitlustamine, tootmine, muu materjal	0.13	0.06	0.19	0.00	0.02	0.02	0.00	0.01	0.01
Muud klientideg. kulud	2.43	0.31	2.74	0.00	0.11	0.11	0.00	0.04	0.04
Käibemaks, riigilõiv	3.62		3.62	1.72		1.72	0.07		0.07
Põhivara kulum	0.28		0.28	0.00		0.00	0.00		0.00
Kokku			120.26			106.35			82.06

Tabel 3. Erihoolekande teenuse kulud olulisemate kulukohtade lõikes %-des

	Igapäevaelu toetamine	%	Toetatud elamine	%	Toetatud töötamine	%
Töötasu ja maksud	94.33	78	85.28	80	78.13	95
Administreerimisk.	1.62	1	1.26	1	1.09	1
Lähetus ja koolituskulud	0.60	0	0.09	0	1.62	2
Majandamiskulud	15.65	13	11.03	10	0.05	0
Sõidukite ülalpid.	0.37	0	3.29	3	1.03	1
Infotehnoloogia	0.45	0	0.04	0	0.02	0
Inventarikulu	0.42	0	3.50	3	0.01	0
Muud toitlustamine, tootmine, muu materjal	0.19	0	0.02	0	0.01	0
Muud klientideg. kulud	2.74	2	0.11	0	0.04	0
Käibemaks, riigilõiv	3.62	3	1.72	2	0.07	0
Põhivara kulum	0.28	0	0.00	0	0.00	0
KOKKU	120.26	100	106.35	100.00	82.06	100

IET teenuse majandamiskuludes kajastuvad ka teenuse osutamiseks vajalike ruumide ülalpidamiskulud, Toetatud elamise teenuse eluruumide rendid ja kommunaalmaksud kuludes kajastatud ei ole. Personalikulud moodustavad 78-95% teenuse kogukuludest, mõjutades enim teenuse kulusid isiku kohta. Praegune finantseerimissüsteem seab teenuse osutajale otsese kohustuse personali arvu osas teenuse kasutaja kohta üks töötaja kümne teenuse kasutaja kohta.

Administreerimiskulud sisaldavad side ja bürookulusid. Igapäevaelu toetamise teenuse majandamiskulud moodustavad teensue osutamisega seotud ruumide ülalpidamiskulu, sh kütte, elekter, vesi. Toetatud elamise teenuse majandamiskuludes kajastuvad eluruumide sisustamise ja remondiga seotud kulutused. Igapäevaelu toetamise teenuse muud klienditegevuse kulud on seotud päevaseks huvitegevuse organiseerimise ja soetustega.

Tabel 4. Teenuse maksumus kulumudeli alusel, teenuse finantseerimine sotsiaalkindlustusameti poolt, maksumuse ja finantseerimise vahe

	Igapäevaelu toetamine	Toetatud elamine	Toetatud töötamine
Maksumus	120.26	106.35	82.06
SKA Finantseerimine	101	157	83
KOKKU	-19.26	50.65	0.94

IET teenuse vahe -19.26 eur kaetakse kohaliku omavalitsuse toetusest. Toetatud elamise teenuse tulust finantseeritakse kaitstud töökohti.

SA osutab kolme erihoolekande teenust nii intellektipuude kui psüühikahäirega teenuse kasutajatele. Enamus teenuse kasutajatest elab koos oma perekonnaga või isiklikus eluruumis, osad teenuse kasutajad elavad kohaliku omavalitsuse sotsiaalpindadel. Teenuse kasutajad ei ela ühiskorterites või koos personaliga.

Olemasoleva finantseerimissüsteemi edasiarendus peaks suurendama teenuse seost teenuse kasutaja abivajadusega. Heaks näiteks on rehabilitatsioonisüsteemi ümberkorraldus, kus teenuse vajadust eelnevalt hinnatakse ja rehabilitatsiooni finantseerimise suurus sõltub hinnatud vajadusest. Kehtivad nõuded personali arvu ja teenuse kasutaja suhte osas seavad rahastamisele ja ajalisele teenuse osutamisele piiranguid. Õigust otsustada teenuse ajalise kestuse ja toetuse suuruse üle ei ole ei teenusele suunajal, finantseerijal ega osutajal. Finantseerimismudeli ümberkorraldamisel ei tuleks siiski lähtuda teenuse osutajale esitatud nõuete vähendamisest, vaid liikumisest suunal, kus rahastamine on seotud abivajaduse ja ebaregulaarse käitumise kompenseerimise, mitte teenusega.

Lisa 10. Isiku tasandi kulude ja tulude arvestus eri teenuseid kasutavate klientide kohta

Tabel 1. Tulu/kulu arvestus - sotsiaalmajas omaette (tuba, miniköök ja dušinurk) elav ja mittetöötav erivajadustega inimene, kes vajab lisaks pensionile toimetulekutoetust (KOV).

Tulu/kulu (kuus)	Tulu/kulu liik	Tulu/kulu (aastas)	Tulu/kulu (kolm aastat)
Sotsiaalmaja: töötav erivajadustega inimene			
94,00	Toetatud töötamise teenus	1128,00	3384,00
	Töölane rehabilitatsioon (Töötukassa, aastas)	1800,00	5400
80,00	Sotsiaalkorter, orienteeruv tasu (kuus)	960,00	2880,00
243,85	Püsiv töövõime kaotus, määr 50%, vanus 40, pensionistaaž 10 aastat	2926,20	8778,60
331,57	Netotöötasu	3978,84	11936,52
430,00	Töötasu min, 2016 (täistööaeg)	4680,00	14040,00
170,00	Tulumaksuvaba kuus, 2016	1848,00	5544,00
7,80	Kogumispension, II samm (töövõtja)	93,60	280,80
6,28	Töötuskindlustusmaks (töövõtja)	75,36	226,08
44,39	Tulumaks (töövõtja)	532,68	1598,04
128,70	Sotsiaalmaks (tööandja) kuus	1544,40	4633,20
3,12	Töötuskindlustusmaks (tööandja)	37,44	112,32
130,00	Toimetulekupiir (kuus, 2016)		
210,30	Arvestuslik elatusmiinimum (kuus, 2016)		
158,37	Rahvapension		
25,57	Sotsiaaltoetuse määr (2016)		

Tabel 2. Tulu/kulu arvestus - sotsiaalmajas omaette (tuba, miniköök ja dušinurk) elav ja mittetöötav erivajadustega inimene, kes vajab lisaks pensionile toimetulekutoetust (KOV).

Tulu/kulu (kuus)	Tulu/kulu liik						Tulu/kulu (aastas)	Tulu/kulu (kolm aastat)
Sotsiaalmaja: mittetöötav erivajadustega inimene								
158,37	Püsiv töövõime kaotus, määr <i>min</i> 80%, puudub pensionistaaž						1900,44	5701,32
53,70	Puudega tööealise toetus, lisakulud (<i>max</i> , 2016)						644,40	1933,20
130,00	Toimetulekutoetus (KOV)						1560,00	4680,00
80,00	Sotsiaalkorter, orienteeruv (kuus)						960,00	2880,00
130,00	Toimetulekupiir (kuus, 2016)							
210,30	Arvestuslik elatusmiinimum (kuus, 2016)							
158,37	Rahvapension							
25,57	Sotsiaaltoetuse määr (2016)							

Tabel 3. Tulu/kulu arvestus - nelja-toalises korteris elavad 3 inimest, kolmest üks on teenuste arvutuses töötava inimesena ja kaks mittetöötavatena (neile pole arvestatud toetatud töötamise teenust).

Tulu/kulu (kuus)	Tulu/kulu liik				Tulu/kulu (aastas)	Tulu/kulu (kolm aastat)	
Korter: üks töötav ja kaks mittetöötavat erivajadustega inimest							
	Korter						
	<i>Alginvesteering: nelja-toaline, keskm 80 m², Lasnamäe</i>						80000,00
		<i>remont</i>					6000,00
160,00	Igakuised haldus- ja kommunaalkulud (keskm), sh				1920,00		5760,00
		<i>haldusteenus</i>					
		<i>raamatupidamine</i>					
		<i>majahoidja</i>					
		<i>remondifond</i>					
		<i>laen, intress</i>					
		<i>prügivedu</i>					
		<i>elektrikait</i>					
		<i>muud kulud</i>					
		<i>vesi ja kanalisatsioon</i>					
		<i>vee soojendamine</i>					
		<i>sooja vee tsirkulatsioon</i>					
		<i>üldvesi</i>					
		<i>küte</i>					
		<i>üldelekter</i>					
50,00		Elekter			600,00		1800,00
40,00		Kommunkatsiooniteenused			480,00		1440,00
Mittetöötav, kaks inimest							
354,00	Toetatud elamine				1560,00		4680,00
228,00	Igapäevaelu toetamine				2736,00		8208,00
	Sotsiaalne rehabilitatsioon (üks inimene aastas 2325.00 eurot)				4650,00		13950,00
316,74	Püsiv töövõime kaotus, määr 80%, puudub pensionistaaž				1900,44		5701,32
107,40	Puudega tööealise toetus, lisakulud (<i>max 53.70, 2016</i>)				1288,80		3866,40
260,00	Toimetulekutoetus				3120,00		9360,00
130,00	Toimetulekupiir (kuus, 2016)						
210,30	Arvestuslik elatusmiinimum (kuus, 2016)						
158,37	Rahvapension						
25,57	Sotsiaaltoetuse määr (2016)						

Töötav, üks inimene	
177,00	Toetatud elamine
114,00	Igapäevaelu toetamine
94,00	Toetatud töötamise teenus
	Töölane rehabilitatsioon (Töötukassa, aastas)
243,85	Püsiv töövõime kaotus, määr 50%, vanus 40, pensionistaaž 10 aastat
331,57	Netotöötasu
430,00	Töötasu min, 2016 (täistööaeg)
170,00	Tulumaksuvaba kuus, 2016
128,70	Sotsiaalmaks (tööandja) kuus
3,12	Töötuskindlustusmaks (tööandja)
7,80	Kogumispension, II samm (töövõtja)
6,28	Töötuskindlustusmaks (töövõtja)
44,39	Tulumaks (töövõtja)

Kui nelja-toalises korteris elab 3 inimest, siis alginvesteering koos kolme aasta jooksvate kommunaalkuludega on ühe inimese kohta orienteeruvalt 31667 eurot (praegustes hindades). Kolm inimest on sel juhul nelja-toalises korteris, kui vastava määruse kohaselt on nõutav eraldi puhkeruum ja igal elanikul on oma magamistuba.

Tabel 4. Tulu/kulu arvestus - 10 elanikuga maja, kus elavad toimetulekutoetust ja rahvapensioni saavad isikud

Kui arvestada 10 elanikuga maja alginvesteeringuks inimese kohta 36000 eurot ja seniste 10 inimesega viie maja 2014. aasta kulu jagada 51 (ühes majas 11 elanikku), siis alginvesteering koos kolme aasta jooksvate kommunaalkuludega on ühe inimese kohta orienteeruvalt 38982 eurot (2014. aasta hindades).

Tulu/kulu (kuus)	Tulu/kulu liik				Tulu/kulu (aastas)		Tulu/kulu (kolm aastat)
Maja: 10 erivajadustega inimest							
	Maja						
	<i>alginvesteering</i>						360000,00
828,20	Igakuised kommunaalkulud (keskm), sh				9938,40		29815,20
		<i>prügivedu</i>					
		<i>elektrikait</i>					
		<i>muud kulud</i>					
		<i>vesi ja kanalisatsioon</i>					
		<i>vee soojendamine</i>					
		<i>Elekter</i>					
		<i>Kommunikatsiooniteenused</i>					
Mittetöötav, kümme inimest							
3290,00	Kogukonnas elamine				1560,00		4680,00
	Sotsiaalne rehabilitatsioon (üks inimene aastas 2325.00 eurot)						
1583,70	Püsiv töövõime kaotus, määr 100%, puudub pensionistaaž				1900,44		5701,32
53,70	Puudega tööealise toetus, lisakulud (max, 2016)				644,40		1933,20
1300,00	Toimetulekutoetus				15600,00		46800,00
130,00	Toimetulekupiir (kuus, 2016)						
210,30	Arvestuslik elatusmiinimum (kuus, 2016)						
158,37	Rahvapension (2016)						
25,57	Sotsiaaltoetuse määr (2016)						