

Sotsiaalkaitseministri septembri 2014. a käskkiri nr
„Erihoolekande arengukava 2014 - 2020 kinnitamine“
Lisa

Sotsiaalministeerium

Erihoolekande arengukava aastateks 2014–2020

Tallinn 2014

SISUKORD

SISSEJUHATUS	3
1. OLUKORRA ANALÜÜS.....	5
2. ARENGUKAVA ÜLDEESMÄRK.....	11
3. ALAEESMÄRGID JA MEETMED.....	12
3.1. Alaeesmärk 1	12
<i>Meede 1.1. Kutse- ja elukestva õppe võimaluste loomine.....</i>	<i>14</i>
<i>Meede 1.2. Tööturul osalemise ja töötamise soodustamine.....</i>	<i>15</i>
<i>Meede 1.3. Eluasemeteenuse korralduse parendamine</i>	<i>16</i>
<i>Meede 1.4. Psüühilise erivajadusega täisealiste huvikaitsetegevuse soodustamine.....</i>	<i>17</i>
3.2. Alaeesmärk 2	17
<i>Meede 2.1. Erihoolekandeteenuste isikukeskseks kujundamine.....</i>	<i>20</i>
<i>Meede 2.2. Erihoolekande taristu reorganiseerimine</i>	<i>21</i>
<i>Meede 2.3. Erihoolekandeteenuste kättesaadavuse ja juurdepääsetavuse tagamine.....</i>	<i>22</i>
3.3. Alaeesmärk 3	23
<i>Meede 3.1. Teenuste tulemuslikkuse parandamine</i>	<i>26</i>
<i>Meede 3.2. Tegevusjuhendaja kvalifikatsiooni ja asutuste juhtide kvaliteedijuhtimise alase pädevuse suurendamine</i>	<i>27</i>
<i>Meede 3.3. Jätkusuutliku ja tõenduspõhise erihoolekande arendamine ja rahastamine....</i>	<i>28</i>
4. SEOSSED TEISTE ARENGUKAVADEGA	29
5. ARENGUKAVA ELLUVIIMINE	31
LISAD	33
Lisa 1. Deinstitutionaliseerimisega seotud olulised mõisted.....	33
Lisa 2. Erihoolekande deinstitutionaliseerimise suunad ja kaasnevad mõjud Eestile	34
Lisa 3. Arengukava koostamises osalejad	37
KASUTATUD ALLIKAD	38

SISSEJUHATUS

Psüühika- ja käitumishäired on nii Eestis kui kogu Euroopas oluline haiguskoormuse põhjustaja. Psüühikahäirete sagenemisega ning inimeste teadlikkuse ja hoiakute paranemisega on kasvanud ka vajadus vaimse tervise teenuste suurema pakkumise järele.¹ Eestis on riiklikul tasandil korraldatud erihoolekandeteenuste osutamine, mille eesmärk on inimese iseseisva toimetuleku arendamine ja tegevuste juhendamine. Erihoolekandeteenuseid osutatakse psüühilise erivajadusega täisealistele², kellel on raske, sügava või püsiva kuluga psüühikahäire ning hinnatud erihoolekandeteenuse vajadus³.

Eesti erihoolekanne sai õigusaktides reguleerituna 2014. aasta alguses 12-aastaseks. Erihoolekande kui eraldiseisva sotsiaalhoolekande osa algusajaks saab lugeda 2002. aastat, kui sotsiaalministri määrusega „Hoolekandetasutustele ja hoolekandeteenustele esitatavad kohustuslikud nõuded“⁴ loodi hooldekodudes elavatele psüühilise erivajadusega inimestele senise ühe ööpäevaringse teenuse asemel juurde erinevaid toetavaid teenuseid ning eristati ööpäevaringne teenus sihtgruppide kaupa. Erihoolekanne kui mõiste viidi Eesti õigusaktidesse sisse 1. jaanuaril 2009, kui mõiste asendati sotsiaalhoolekande seaduses seni kasutatud mõistega „psüühilise erivajadusega inimeste hoolekande teenused“.

2012. aastal korraldati Tervise Arengu Instituudi tellimisel vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs⁵, mille eesmärk oli kvalitatiivse ülevaate koostamine täiskasvanud elanikkonnale suunatud vaimse tervise teenuste ampluaast ja arenguvajadustest Eestis. Ühe vajadusena toodi kaardistuse alusel välja, et psüühilise erivajadusega inimeste hoolekande tõhustamiseks on vaja luua visioon erihoolekandesüsteemist ning parandada erihoolekandeteenuste kvaliteeti ja kättesaadavust.

Erihoolekande arengukava on välja töötatud, et luua valdkonnas strateegiline raamistik, seada eesmärgid ning kavandada tegevused erihoolekandeteenuste tulemuslikumaks osutamiseks, mis toetaksid psüühilise erivajadusega isikute vajadusi. Arengukava hõlmatakse hiljem „Sotsiaalse turvalisuse, kaasatuse ja võrdsete võimaluste arengukava 2016–2023“ koosseisu, mis korrastab laiemalt erinevates arengukavades seatud eesmärgid, tegevused ja meetmed ning annab seega sotsiaalse turvalisuse valdkonnale ühtse strateegilise lähenemise.

Erihoolekande arengukava elluviimiseks on Euroopa Liidu 2014–2023 eelarveperioodi struktuurivahenditest kavandatud reorganiseerida erihoolekande taristut ning parandada teenuste kvaliteeti ja kättesaadavust. Euroopa struktuuritoetuste kasutamisega on Eesti võtnud ühtlasi ka suuna ja kohustuse järgida erihoolekande arendamisel ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsiooni⁶ ning deinstitutionaliseerimise põhimõtteid (lisa 1)⁷.

¹ Tervise Arengu Instituut (2012). Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs.

² Erihoolekandeteenuseid on õigus saada alates 18. eluaastast. Kohtumääruse alusel ööpäevaringset erihooldusteenust on õigus saada ka alaealistel.

³ Erihoolekandeteenuse vajadus peab olema hinnatud isiku rehabilitatsiooniplaanis, psühhiaatri hinnangus (igapäevaeltu toetamise teenus) või kohtumääruses (kohtumääruse alusel ööpäevaringset teenust saama suunamine).

⁴ Hoolekandetasutustele ja hoolekandeteenustele esitatavad kohustuslikud nõuded

<https://www.riigiteataja.ee/akt/903401>

⁵ Tervise Arengu Instituut (2012). Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs.

⁶ Puuetega inimeste õiguste konventsioon. <https://www.riigiteataja.ee/akt/204042012005>

⁷ 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/>

Erihoolekande reorganiseerimisega alustati 2006. aastal, kui riiklike erihoolekandeesutuste ja -teenuste reorganiseerimise kava⁸ alusel ning Euroopa Liidu struktuuritoetuste abiga erihoolekande süsteemsel ümberkorraldamisel ehitati üle Eesti 550 uut majutus- ja teenusekohta seni vanades amortiseerunud mõisahoonetes elanud psüühilise erivajadusega inimestele (uute majutus- ja teenusekohtade valmimise järgselt suleti viis vanas mõisahoones tegutsenud erihooldekodu). Tulevikuvisionina seab arengukava eesmärgiks reorganiseerida üle 30-kohalised teenusekohad ning eelisarendada toetavate teenuste pakkumist ja osutamist, keskendudes isikukesksete ja kvaliteetsete teenuste arendamisele kogukonnapõhiselt.

European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care (2012). Toolkit on the Use of European Union Funds for the Transition from Institutional to Community-based Care. <http://deinstitutionalisationguide.eu/>

⁸ Riiklike erihoolekandeesutuste ja teenuste reorganiseerimise kava.

http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/puudega_inimestele/Erihoolekandeteenused/Riiklike_erihoolekandeesutuste_ja_-teenuste_reorganiseerimise_kava.pdf

1. OLUKORRA ANALÜÜS

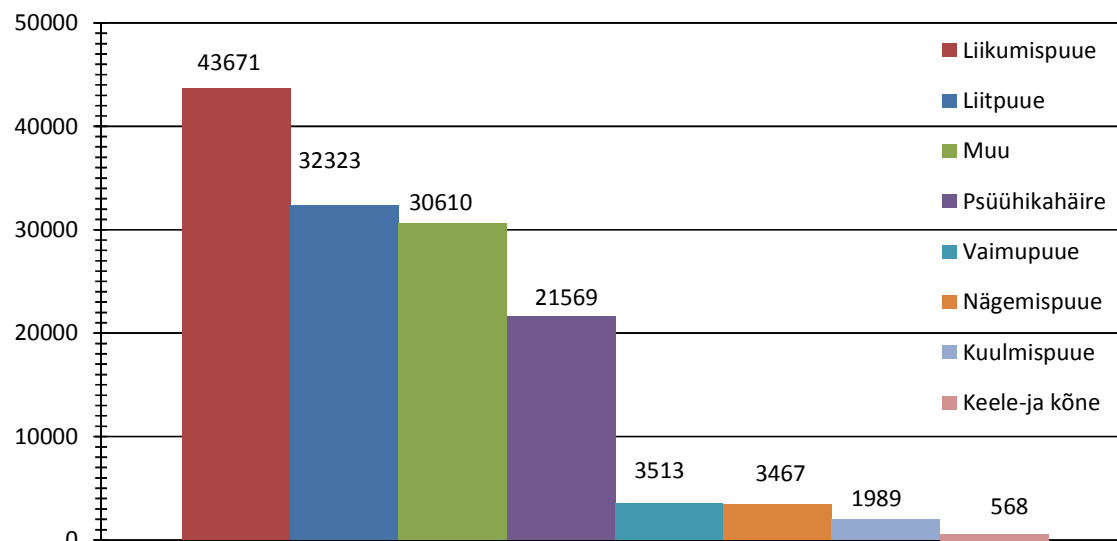
Olukorra analüüsis on lähtutud sellest, et erihoolekande sihtgruppi ei ole võimalik prognoosida psüühikahäirega isikute arvu, diagnoosi ega puude raskusastme järgi. Lähtekohaks on võetud see, et erihoolekandeteenust saama õigustatud sihtgrupiks on täisealised raske, sügava või püsiva kuluga psüühikahäirega isikud.

Alljärgnev analüüs võtab kokku erihoolekandeteenuste sihtgrupi põhilised arvnäitajad ja paiknemise maakonniti ning annab ülevaate peamistest teenuseosutajatest ja potentsiaalsetest teenusevajajatest tulevikus.

Puudega inimeste arvnäitajad

Eestis oli Sotsiaalkindlustusameti andmetel 1. jaanuari 2013. aasta seisuga 137 710 puudega inimest. Eesti rahvastikust moodustasid ametlikult tuvastatud puudega inimesed üle kümnendiku (10,4%). Puudega inimeste arv ja osakaal rahvastikus on püsivalt suurenenud. Võrreldes 2006. aastaga on puudega inimeste arv suurenenud ca 24 700 inimese võrra ning nende osakaal elanikkonnas on suurenenud viiendiku (kahe protsendipunkti) võrra. Joonis 1 võtab kokku erinevat liiki domineeriva puudega ja liitpuudega isikute arvu seisuga 01.01.2013.

Joonis 1. Puudega isikud domineeriva puude liigi järgi, 01.01.2013



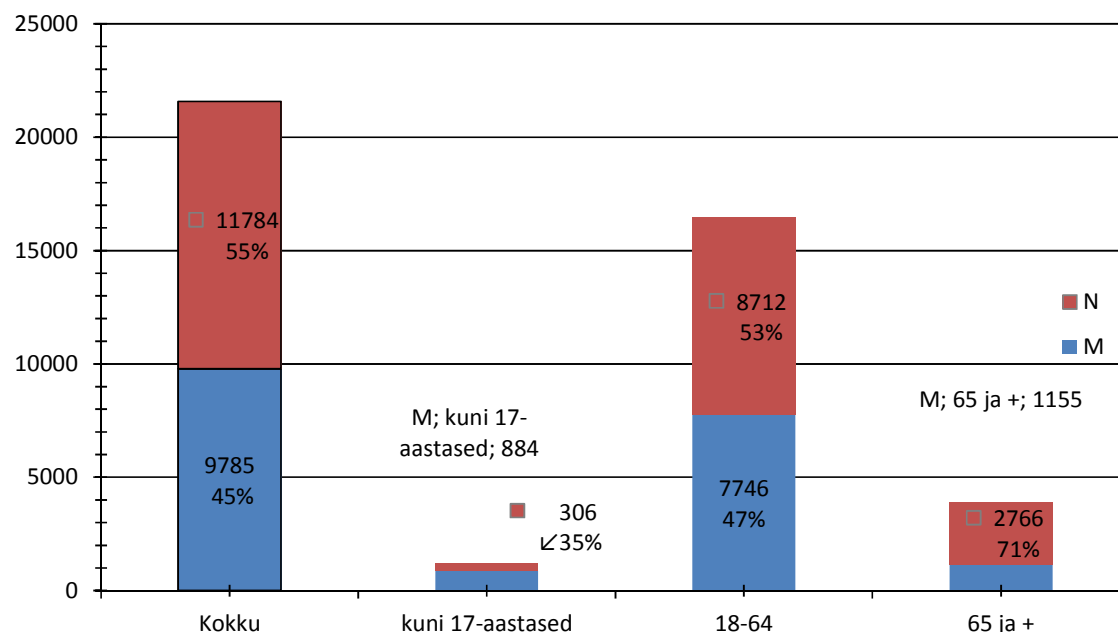
Allikas: Sotsiaalministeerium

Domineeriva puudena on psüühikahäire 21 569 isikul, s.o 16% kõigist puudega inimestest Eestis, ning neile lisandub veel 8029 isikut (ligi 6% puudega inimestest), kellel on psüühikahäire liitpuude koosseisus. Niisiis on psüühikahäirega inimesi puudega inimeste seas vähemalt 22%.⁹ Jooniselt 2 nähtub, et 55% inimestest, kellel domineeriv puue on psüühikahäire, on naised. Naiste osatähtsus on kõrgem 65-aastaste ja vanemate inimeste seas (71%), kõige madalam aga alla 18-aastaste seas (35%). Vanuse poolest on psüühikahäirega inimeste seas kõige enam 18–64-aastaseid (76% ehk 16 458 inimest), 65-

⁹ Siin tuleb silmas pidada, et puude liik ei kata kõiki diagnoosiga isikuid, mis tähendab, et psüühilise erivajadusega isikuid on Eestis kokku rohkem. Psüühikahäirega isikute koguarv on esitatud lk-l 8.

aastaseid ja vanemaid inimesi on 18% (3921 inimest). Kõige vähem on psüühikahäirega inimeste seas alla 18-aastaseid (6% ehk 1190 inimest).¹⁰

Joonis 2. Domineeriva puudena psüühikahäirega inimesed vanuse ja soo järgi, 01.01.2013



Allikas: Sotsiaalministeerium, Sotsiaalkindlustusamet

Domineeriva puudena psüühikahäirega inimeste arv on kõige suurem Tartu maakonnas (ligi 3000 inimest), järgneb Ida-Viru maakond (ligi 2500 inimest) ja Jõgeva maakond (umbes 2100 inimest). Kõige vähem on neid Hiiu maakonnas (alla 100 inimese). Elanike arvuga võrreldes on psüühikahäirega inimesi kõige sagedamini Jõgeva maakonnas (6,7% elanikest) ja Põlva maakonnas (6,5%) ning kõige harvemini Harju maakonnas ja Hiiumaal (0,9% maakonna elanikest). Psüühikahäirega (domineeriv puue) inimestest 65% on raske puudega, 25% keskmise puudega ja 10% sügava puudega (joonis 3).

Psüühilise erivajaduse all mõistetakse psüühikahäireid, mis on rahvusvahelises haiguste klassifikaatoris (RHK-10) esitatud klassifikatsiooni alusel psüühika- ja käitumishäired F00–F99¹¹. Sotsiaalkindlustusameti andmetel on domineeriva puudena psüühikahäirega või vaimupuudega ning liitpuudega (liitpuude koosseisus psüühikahäire või vaimupuue) inimeste seas diagnoosipõhiselt kõige sagedasemaks diagnoosigrupiks orgaanilised, k.a sümptomaatilised psüühikahäired (diagnoosigrupp F00–F09). Sellele järgnevad vaimse alaarengu diagnoosigrupp (F70–F79) – ligi iga kuuendal, meeleoluhäired (F30–F39) – igal kümnendal ning skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired (F20–F29) – igal kaheteistkümnendal inimesel.

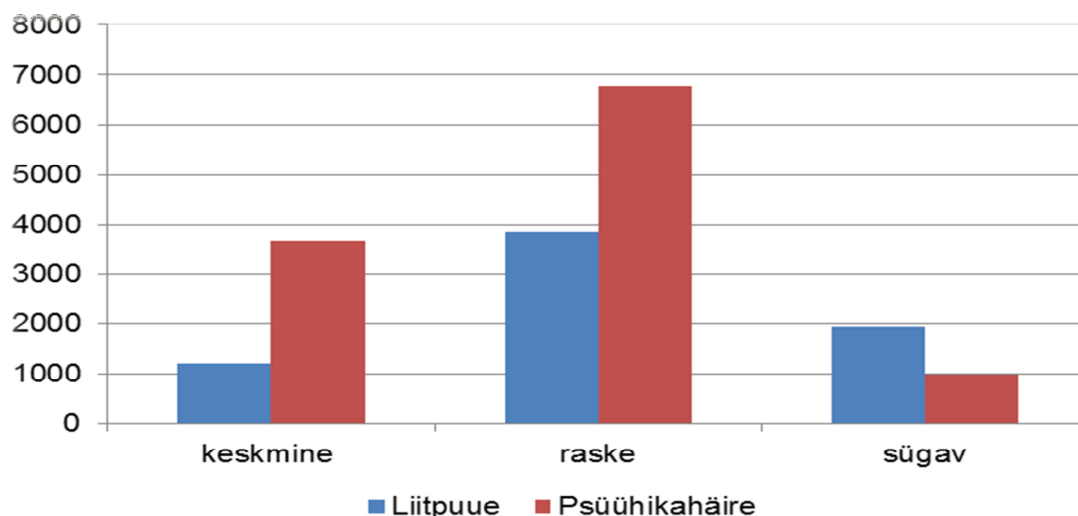
Psüühikahäirete mõiste hõlmab nii psüühiliselt haigeid kui vaimse alaarenguga isikuid. Sotsiaalkindlustusameti andmetel on erihoolekandeteenuste peamised saajad isikud, kelle põhidiagnoosiks on vaimne alaareng (42%) ning skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised

¹⁰ Seisuga 01.01.2013. Allikas: Sotsiaalkindlustusameti materjalid.

¹¹ Rahvusvaheline haiguste klassifikaator. RHK-10 Psüühika- ja käitumishäired <http://www.kliinikum.ee/psychhiaatriklinik/lisad/ravi/RHK/RHK10-FR17.htm>

häired (39%). Orgaanilise, k.a sümptomaatilise psüühikahäirega on 9% ning muude (mitte F-diagnoosigrupp) diagnoosidega on ligi 4%. Ülejäänud diagnoosigruppide esinemissagedus jääb alla 2%.

Joonis 3. Psüühikahäirega inimesed puude raskusastme järgi, 01.01.2013



Allikas: Sotsiaalkindlustusamet

Erihoolekandeteenuste peamised osutajad

Maakonniti olid 2013. aasta lõpu seisuga tabeli 1 kohaselt teenusekohtade arvu poolest suurimad erihoolekandeteenuste osutajad Harjumaa (23% teenusekohtadest), Jõgevamaa (9%) ning Saaremaa ja Tartumaa (võrdselt 8%). Samas tuleb siin silmas pidada, et erihoolekandeteenust pakkuvaid asutusi oli 2013. aasta lõpu seisuga kõige rohkem Harjumaal (16 asutust), Pärnumaal (14 asutust) ja Ida-Virumaal (10 asutust). Teistes maakondades oli asutusi alla kümne. See tähendab, et näiteks Saaremaa teenindab viie asutusega ära 8% teenusekohtadest, aga Pärnumaa 14 asutusega vaid 5% teenusekohtadest.

Tabel 1. Erihoolekandeteenust pakkuvate asutuste ja teenusekohtade arv ning nende osakaal maakondade kaupa, aruandeaasta 2013 lõpu seisuga.

Maakond	Teenusekohti	Asutusi	Osakaal %	sh toetavaid teenusekohti	Osakaal %	sh ööpäevaringseid teenusekohti	Osakaal %
Harjumaa	1319	16	23	1022	34	297	11
Hiiumaa	42	2	1	42	1	0	0
Ida-Virumaa	372	10	7	192	6	180	7
Jõgevamaa	495	6	9	164	5	331	13
Järvamaa	253	6	4	101	3	152	6
Läänemaa	344	6	6	110	4	234	9
Lääne-	286	6	5	161	5	125	5

Virumaa							
Põlvamaa	306	5	5	144	5	162	6
Pärnumaa	310	14	5	161	5	149	6
Raplamaa	65	4	1	62	2	3	0
Saaremaa	455	5	8	80	3	375	14
Tartumaa	456	6	8	383	13	73	3
Valgamaa	371	7	7	127	4	244	9
Viljandimaa	416	8	7	173	6	243	9
Võrumaa	188	3	3	113	4	75	3
Kokku	5678	104	100	3035	100	2643	100

Allikas: Sotsiaalministeerium, hoolekandestatistika aruanded

Olulisimateks lähtekohtadeks arengukava väljatöötamisel on erihoolekandeteenuste potentsiaalse sihtrühma¹² heterogeensus ja sihtrühma paiknemine üle Eesti.

Psüühikahäiretega isikute arvu prognoos

Erihoolekandeteenuste vajaduse hindamisel on oluline arvestada psüühikahäire esinemise võimalikku suurenemist. Hinnangute kohaselt on 18–64-aastastest eurooplastest 27% kogenud igal aastal vähemalt ühte psüühikahäire vormi. Euroopa Liidu vaimse tervise strateegia väljatöötamisel koostatud rohelise raamatu kohaselt näitab teiste riikide praktika, et kõik psüühikahäirega inimesed ei otsi professionaalset abi, näiteks vaid 26% psüühikahäirega eurooplastest oli abi otsinud.¹³ Kuna Eestis on viimastel aastatel diagnoositud enam kui 27 000 uut psüühikahäire haigusjuhtu aastas, on teiste riikide kogemusi arvestades tegemist probleemiga, mille osakaal võib ka Eestis suureneda. Seetõttu on oluline välja töötada ja arendada teenuseid psüühikahäirega inimeste ühiskonnaelus osalemise võimaluste suurendamiseks või parandamiseks.

2013. aasta lõpus sai erihoolekandeteenuseid 5036 inimest 5678 teenusekohal¹⁴ ning teenuste järjekorras oli Sotsiaalkindlustusameti andmetel 2014. aasta jaanuari seisuga 1051 inimest.¹⁵ Arvestades, et Eestis on kokku 35 626 psüühikahäirega¹⁶ inimest, ei tundu erihoolekandest tuge saavate inimeste arv võrreldes kogu psüühikahäirega isikute osakaaluga väga suur. Sotsiaalkindlustusameti 31.10.2013 andmetel oli õigus

¹² Analüüsis esitatud andmetega võrreldes võib potentsiaalne sihtrühm olla suurem kuna püsiva kuluga psüühikahäire kohta ei ole sotsiaalhoolekande seaduses ühest definitsiooni esitatud. Analüüsis nimetatud sihtrühma kirjeldamisel on lähtutud (nii palju kui võimalik) sotsiaalhoolekande seadusest ja Sotsiaalkindlustusameti praktikast.

¹³ Roheline raamat. Elanikkonna vaimse tervise parandamine. Euroopa Liidu vaimse tervise strateegia väljatöötamine. Brüssel 14.10.2005. KOM(2005) 484 lõplik. http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_et.pdf

Sekundaarsed allikad:

Wittchen HU, Jacobi F: Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. European Neuropharmacology, Volume 15 (2005), Number 4, pp. 357-376.

Percentage values based on Commission's own calculations.

Alonso, J., Angermeyer, M., Bernert, S. et al. (2004). Use of Mental Health Services in Europe: Results from the European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) Project. Acta Psychiatrica Scand; 109 (suppl 420): 47-54.

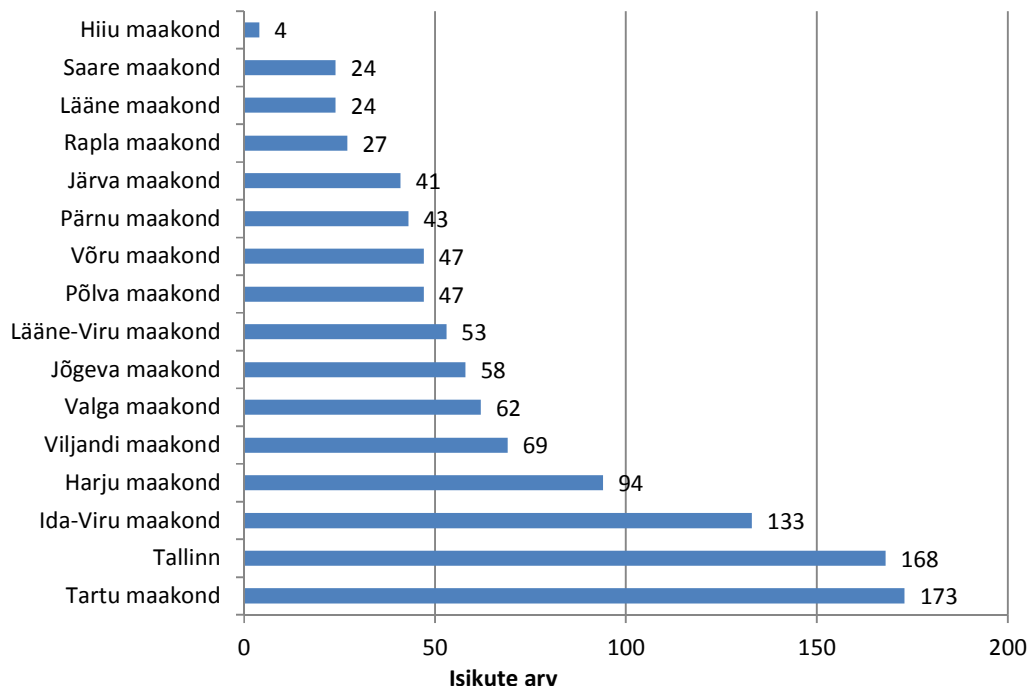
¹⁴ Sotsiaalministeerium, hoolekandestatistika aruanded.

¹⁵ Sotsiaalkindlustusameti andmed.

¹⁶ Psüühikahäirega ja/või vaimupuudega (nimetatud puudeliigid võivad esineda ka liitpuude koosseisus) isikud.

erihoolekandeteenust¹⁷ taotleda 12 417¹⁸ inimesel, kuid nad ei olnud seda teinud ehk ei olnud end järjekorda pannud ega teenust saanud). Seega on erihoolekandeteenuste õigustatud potentsiaalseid taotlejaid lisaks praegustele teenusesaajatele ja järjekorras olijatele ligi kolm korda (2,65 korda) enam. Aastatel 2014–2020 võivad neile lisanduda vähemalt need 1067 11–17-aastast psüühikahäirega last ja noort, kes üksnes east tingitult ei kuulu erihoolekandeteenuste saajate potentsiaalsesse sihtrühma. Nende elukoha paiknemise maakondlikku jaotust iseloomustab joonis 4.

Joonis 4. 11–17-aastaste psüühikahäiretega erihoolekandeteenust saama õigustatud isikute arv maakondade kaupa



Allikas: Sotsiaalministeerium, SKA materjalid

Teenuste järjekorrad

Sotsiaalkindlustusamet paneb teenust saama õigustatud isiku tema taotletud erihoolekandeteenuse osutamise järjekorda, kui riigieelarves ei ole piisavalt rahalisi vahendeid või kui teenuseosutaja juures, kelle juures isik soovib teenust saada, ei ole vaba kohta.¹⁹

Kuigi erihoolekandeteenuseid pakutakse üle Eesti kõikides maakondades, ei vasta maakonniti teenuseosutajate suutlikkus erihoolekandeteenuse vajajate arvule ja eelistustele. 31.03.2014 jõustus sotsiaalhoolekande seaduse muudatus, mille kohaselt peab Sotsiaalkindlustusamet erihoolekandeteenuse järjekordi maakonnapõhiselt iga erihoolekandeteenuse kohta eraldi, välja arvatud kohtumääruse alusel ööpäevaringset

¹⁷ Raske, sügava või püsiva kuluga psüühikahäirega täisealised.

¹⁸ Vähemalt 18-aastased, kellel on psüühika- ja/või vaimupuue ning kellel on F-grupi diagnoos põhi- või kaasuva diagnoosina (v.a vanaduspensioniiikka jõudnud dementsuse diagnoosiga inimesed, kellel ei ole dementsuse diagnoosile lisaks muud raske, sügava või püsiva kuluga psüühikahäiret ehk vähemalt 63-aastased, kellel on ainult F-diagnoos (F00-F03)).

¹⁹ Sotsiaalhoolekande seadus

erihooldusteenust saama suunatud isikute kohta. Isik saab valida talle sobiva teenuseosutaja ja maakonna ning vastavas maakonnas teenusekoha vabanemisel võetakse järjekorrast teenust saama esimene järjekorras olev isik. Paraku näitab Sotsiaalkindlustusameti praktika, et isikud soovivad teenust saada ka ühe maakonna piires väga konkreetsetes asutustes ning on valmis pikalt järjekorras ootama, mis näitab, et neil puudub tegelik vajadus teenuse saamiseks kohe peale vajaduse hindamist. Järjekorras olevatel isikutel ei ole kohustust minna teenust saama ning neid ei saa kehtiva regulatsiooni alusel järjekorrast ilma sooviavalduseta välja arvata. See tekitab olukorra, kus teenuste saamisele on küll pikk järjekord, kuid tegelikkuses isikud järjekorras ei liigugi.

Sotsiaalkindlustusamet analüüsis 2013. aastal ööpäevaringse erihooldusteenuse järjekorras viibijate teenust saama minemisest keeldumiste põhjuseid.²⁰ Peamised põhjused olid järgmised:

- isiku väitel tuleb ta veel kodus toime ja praegu teenusekohta ei vaja;
- isiku soovitud asutuses ei ole kohta, mistõttu soovib järjekorras sobivasse asutusse kohta oodata;
- isiku rehabilitatsiooniplaan on lõppenud ning alustatud on uue plaani koostamist;
- juhtumikorraldaja ei saanud isiku või tema lähedastega ühendust.

Teenuste maksimaalsed maksumused

Samaaegselt vajadusega teenuste mahtude suurendamise järele suureneb ka surve teenuste hindade tõusule, kuna praegused teenuste hinnad ei võimalda tagada teenuseosutajate jätkusuutlikkust ning teenuste piisavat kvaliteeti. Erihoolekandeteenuste maksimaalsed maksumused, kulude koostisosad ja riigieelarvest makstava tasu maksmise tingimused ja kord on kehtestatud Vabariigi Valitsuse määrusega.²¹ Riigikontrolli 2008. aasta auditis²² toodi teenuse halva kättesaadavuse peamise põhjusena välja teenuste ebapiisav rahastamine. Teenuste osutamise hinnad ei ole tegelike kuludega vastavuses. Aastate jooksul on hinnad tõusnud vaid personalikulude suurendamise võrra, kuid ka see pole suutnud tagada kvalifitseeritud personali ning pidurdada personali voolavust. Alarahastatuse tõttu pole viimastel aastatel suudetud oluliselt suurendada teenuste mahtu ega vähendada teenuste järjekordi.

Kui teenuse hind võimaldab tagada ainult minimaalsed üldkulud ning palgata kõige soodsamat, väljaõppeta ja kiiresti vahetuvat personali ning erivajadustega inimestele ei ole võimalik pakkuda teenuse raames lisaks arendavaid tegevusi, ei saavutata teenusesaajate piisavat arengut, mis suurendaks nende iseseisvat toimetulekut ning vähendaks survet perekondade hoolduskoormusele ja riigieelarvele.

²⁰ Sotsiaalkindlustusameti statistika

²¹ Erihoolekandeteenuste maksimaalsed maksumused, kulude koostisosad ja riigieelarvest makstava tasu maksmise täpsemad tingimused ja kord <https://www.riigiteataja.ee/akt/129122013016>

²² Riigikontroll (2008). Riigi tegevus psüühilise erivajadusega inimeste riikliku hoolekande korraldamisel. Riigikontrolli aruanne Riigikogule. Tallinn: Riigikontroll.

2. ARENGUKAVA ÜLDEESMÄRK

Lähtudes erihoolekandeteenuse kasutajate, nende pereliikmete, esindusorganisatsioonide ja erihoolekandeteenuse osutajate poolt erihoolekandes esile toodud kitsaskohtadest, Eesti poolt 30. mail 2012. aastal ratifitseeritud ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsiooni eesmärgist ning Euroopa Liidu struktuurifondide kasutamisega aastateks 2014–2020 võetud kohustustest on erihoolekande arengukavas püstitatud üldeesmärk:

tagada psüühilise erivajadusega täisealistele inimestele võrdsed võimalused eneseteostuseks ning kvaliteetsed ja deinstitutionaliseerimise põhimõtteid järgivad erihoolekandeteenused

Tabel 2. Üldeesmärgi indikaator

INDIKAATOR	BAASTASE	SIHTTASE 2017	SIHTTASE 2020
Iseseisvat toimetulekut toetavate teenuste ja ööpäevaringse institutsionaalse hooldusteenuse kohtade suhtarv erihoolekandes <i>Allikas: Sotsiaalministeerium</i>	1,1 (2014)	1,5	2,5

Eesmärgi saavutamise tulemusel suureneb iseseisvat toimetulekut toetavate teenuste kohtade arv võrreldes ööpäevaringse institutsionaalse hooldusteenuse kohtade arvuga. Kogukonnaga tihedamalt seotud toetavate teenuste arendamine, kättesaadavamaks muutmine ning paindlikum osutamine võimaldab ennetada isikute vajadust ööpäevaringsete teenusevormide järele ning toetab deinstitutionaliseerimise põhimõtteid.

Kvaliteetsete erihoolekandeteenuste all peetakse silmas teenuseid, mis lähtuvad Euroopa vabatahtliku sotsiaalteenuste kvaliteedi raamistiku²³ põhimõtetest. Kvaliteetsed sotsiaalteenused on teenused, mis on:

- kättesaadavad – psüühilise erivajadusega täisealistel on piisavalt võimalusi valida endale sobivaim teenus sobivaimas kohas;
- juurdepääsetavad – psüühilise erivajadusega täisealistele on tagatud nii füüsiline juurdepääs kui ka asjakohane, erapooletu ja terviklik teave teenuste kasutamiseks;
- jõukohased – teenused on psüühilise erivajadusega täisealistele kas tasuta või isikule ja tema perekonnale jõukohase tasuga kättesaadavad;
- isikukesksed – psüühilise erivajadusega täisealistele mõeldud teenused on kujundatud paindlikult ning lähtuvad isiku ja tema perekonna vajadustest;
- terviklikud – psüühilise erivajadusega täisealistele välja töötatud sotsiaal-, tervishoiu-, tööturu-, haridus- ja eluasemeteenused on omavahel paindlikult kombineeritavad, võimaldades seeläbi isikukeskset lähenemist ning dubleerimist vältides ressursse säästa;
- järjepidevad – psüühilise erivajadusega täisealistele loodud teenused katavad isiku vajadusi katkematult ja seostatult;
- tulemuslikud – psüühilise erivajadusega täisealistele osutatud teenused on eesmärgistatud ja mõõdetavad ning eesmärgid saavutatavad.

Eneseteostuse võimaluste all peetakse silmas psüühilise erivajadusega täisealise võimalusi:

²³ Euroopa Liidu Nõukogu (2010). Euroopa vabatahtliku sotsiaalteenuste kvaliteedi raamistik http://equass.ee/public/Sotsiaalteenuste_vabatahtlik_kvaliteediraamistik.pdf

- kaasa rääkida – psüühilise erivajadusega täisealised saavad neid puudutavatel teemadel maksimaalselt kas ise, kliendiesinduste või esindusorganisatsioonide kaudu kaasa rääkida;
- omandada haridus ja osaleda elukestvas õppes – psüühilise erivajadusega täisealistel on võimalus omandada oma võimetele vastav haridus ning osaleda elukestvas õppes;
- töötada – psüühilise erivajadusega täisealistel on võimalus töötada maksimaalselt oma võimekuse piirides;
- omada eluaset – psüühilise erivajadusega täisealistel on võimalus kasutada eluasemeteenuseid, mis ei seo neid kindlate sotsiaalteenuste kasutamise kohustusega.

3. ALAEESMÄRGID JA MEETMED

Üldeesmärgi saavutamiseks on püstitatud kolm alaeesmärki:

- 1) psüühilise erivajadusega täisealistele on tagatud võrdsed võimalused eneseteostuseks;
- 2) erihoolekandeteenused on deinstitutsionaliseerimise põhimõtteid järgivad;
- 3) erihoolekandeteenused on kvaliteetsed ning teenuseosutaja on kvalifitseeritud ja asjatundlik.

3.1. Alaeesmärk 1

Psüühilise erivajadusega täisealistele on tagatud võrdsed võimalused eneseteostuseks

Alaeesmärgi saavutamise tulemusel suureneb psüühilise erivajadusega täisealiste tööhõive, kutse- ja elukestvas õppes osalemine ning sotsiaalne aktiivsus.

Tabel 3. Alaeesmärgi indikaatorid

INDIKAATOR	BAASTASE	SIHTTASE 2017	SIHTTASE 2020
Tööealiste psüühilise erivajadusega inimeste tööturul osalemine ²⁴ <i>Allikas: Sotsiaalministeerium. Puuetega inimeste ja nende pereliikmete hoolduskoormuse uuring PIU</i>	14% (2009)	16%	18%
Tööealiste psüühilise erivajadusega inimeste osalemine hariduselusel ²⁵ <i>Allikas: Sotsiaalministeerium. Puuetega inimeste ja nende pereliikmete hoolduskoormuse uuring PIU</i>	6% (2009)	7%	8%
Psüühilise erivajadusega inimeste sotsiaalne aktiivsus ²⁶	56%(2009)	60%	65%

²⁴ Tööealised ehk 16–64-aastased psüühikahäirega inimesed, kes töötavad nii palju kui soovivad, ning need, kes töötavad, kuid sooviksid rohkem töötada. Osakaal kõigist tööealistest psüühikahäirega ja/või vaimupuudega (domineeriva puudena või liitpuude koosseisus) inimestest.

²⁵ Tööealised ehk 16–64-aastased psüühikahäirega inimesed, kes õpivad nii palju kui soovivad, ning inimesed, kes õpivad, kuid sooviksid rohkem õppida. Osakaal kõigist tööealistest psüühikahäirega ja/või vaimupuudega (domineeriva puudena või liitpuude koosseisus) inimestest.

²⁶ Vähemalt ühe väitega kahest (minu elu on huvitav ja vaheldusrikas; mulle on tagatud kõik võimalused olla poliitiliselt ja ühiskondlikult aktiivne) oli kindlasti või pigem nõus 56% inimestest, kellel

Tööhõive on kõikide tööealiste kodanike sotsiaalse kaasamise ja majandusliku sõltumatuse võtmelement. 2009. aasta puuetega inimeste ja nende pereliikmete hoolduskoormuse uuringu (edaspidi PIU) kohaselt²⁷ töötas 16–64-aastastest psüühikahäirega ja/või vaimupuudega (domineeriva puudena või liitpuude koosseisus)²⁸ inimestest 14% (12% töötas nii palju kui soovis, 2% soovis rohkem töötada). Töötamisest huvitatute osakaal on aga sellest oluliselt suurem. Psüühikahäirega ja/või vaimupuudega inimestest 35% ei töötanud, kuid soovis töötada.

Töökogemusega mittetöötavate inimeste puhul ilmnas, et psüühikahäirega ja/või vaimupuudega inimeste kõige sagedasemaks töölt lahkumise põhjuseks on puue ja sellest tulenevad tegevuspiirangud. Viimasest töökohast lahkumise peamiste põhjustena tõi 26% töökogemusega mittetöötavatest psüühikahäirega ja/või vaimupuudega inimestest välja just puuet ja sellest tulenevaid tegevuspiiranguid, 1%-l oli peamiseks põhjuseks enda haigus või vigastus ning 21%-l pensionile jäämine vanaduspensioniea saabumise tõttu. 13% tõi põhjuseks koondamise ning 25%-l oli töölt lahkumiseks mõni muu põhjus.

Mittetöötavatest, kuid töötamisest huvitatud psüühikahäirega ja/või vaimupuudega inimestest 26% pidas sobivaks töökoormuseks üle 30-tunnist töökoormust. Selline arvamus oli ligilähedane puudega inimeste koondarvamusega (24%) ning selle põhjuseks võib olla asjaolu, et Eestis ei ole osajaga töötamine levinud. 11–20-tunnist töökoormust pidas sobivaks 34% ning 21–30-tunnist töökoormust 15%. Vaid 7% leidis, et nende jaoks sobiv töökoormus nädalas oleks kuni 10 tundi. Tööle minemise peamiseks motivaatoriks oli vajadus raha teenida, kuid tähtsad olid ka eneseteostuse võimalused. Peamiselt toodi välja võimalus tunda end osana töökollektiivist ja teiste inimestega suhelda.

AS Hoolekandeteenused tegi 2012. aastal ühe erihoolekandeteenuse põhjalikuma analüüsi, milles uuriti kohtumääruse alusel hoolekandetasutusse paigutatud isikute haridustaset. Teenuse saajate haridustase oli väga erinev – 25% teenuse saajatest ei omanud põhiharidust või oli omandanud hariduse lihtsustatud õppekava alusel, 26%-l oli keskharidus ja 21%-l põhiharidus. Kutsehariduse omandanud oli mõnevõrra vähem (17%) ning väga vähe oli kõrgharidusega isikuid (ligi 4%). Seejuures omas 52% teenuse saajatest töölkäimise kogemust.²⁹

PIU 2009. aasta uuringu kohaselt oli psüühikahäirega ja/või vaimupuudega inimeste seas 45%-l kesk- või keskeriharidus ja 40%-l kutsehariduseta põhiharidus või sellest madalam haridus. Kutsehariduse põhihariduseta või põhihariduse baasil oli omandanud 7% ning rakenduskõrg- või kõrghariduse vaid 6%. Vaimupuudega inimeste puhul oli ülekaalukalt kõige enam neid, kellel oli kutsehariduseta põhiharidus või sellest madalam tasemeharidus (78%) ning vaid 16%-l oli kesk- või keskeriharidus.

Uuringus hinnati ka õppimisega seotud arvamusi. 16–64-aastastest psüühikahäirega ja/või vaimupuudega inimestest 3% leidis, et nad õpivad nii palju kui soovivad; 2% arvas, et nad sooviksid senisest suuremal määral õppida; 18% leidis, et nad ei õpi, kuid sooviksid õppida; 73% arvas, et nad ei õpi ning ei soovi õppida. Õppimist takistavate teguritena nimetati kõige

oli psüühika- ja/või vaimupuue domineeriva puudena või liitpuude koosseisus.

²⁷ Soo, K., RAKE, Linno, T. (2009). Puuetega inimeste ja nende pereliikmete hoolduskoormuse uuring. SaarPoll OÜ, Tartu Ülikool, Sotsiaalministeerium.

http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/kogumik/PIU2009_loppraport.pdf

²⁸ Domineeriva puudena või liitpuude koosseisus.

²⁹ *Ibid.*

enam tervislikku seisundit ja majanduslikke põhjuseid. Teisalt toodi näiteks välja infopuudust, kuid ka kartust, et nendesse võidakse suhtuda eelarvamusega.

Eespool tooduga sarnaselt soovivad ka vaimupuudega inimesed osaleda tööturul. Näiteks noorte vaimupuudega inimeste osalemist tööturul käsitlevas uuringus³⁰ töid tegevusjuhendajad välja, et nende hinnangul on vaimupuudega inimeste seas rohkem neid, kes tahavad tööl käia ja pingutavad töö otsimise nimel. Uuringus töid vaimupuudega inimesed tööl käimise põhjustena välja soovi ise raha teenida, suhelda teiste inimestega ja leida endale tegevust. Samuti toodi välja vajadust või soovi kuuluda kollektiivi. Sooviti ka tööga seonduvat rutiinset olukorda luua, st hommikul tööle ja õhtul koju. Intervjuude põhjal toodi välja, et tööl käimine annab inimestele ka eneseusku, st ollakse uhked selle üle, et käiakse tööl.

PIU 2009. aasta uuringus küsiti eluga rahulolu ja sotsiaalse aktiivsuse kohta. Oma elu hindas huvitavaks ja vaheldusrikkaks 36% psüühikahäirega inimestest.³¹ 41% nõustus väitega, et neile on tagatud kõik võimalused olla poliitiliselt ja ühiskondlikult aktiivne.

Psüühilise erivajadusega inimeste seas on oluliselt rohkem neid, kes sooviksid töötada, õppida või olla sotsiaalselt aktiivsed, kuid kes seda erinevatel põhjustel ei ole teha saanud.

Alaeesmärgi saavutamiseks rakendatakse alljärgnevat meetmeid.

Meede 1.1. Kutse- ja elukestva õppe võimaluste loomine

Praegu puudub ülevaade psüühilise erivajadusega inimeste osalemise kohta elukestvas õppes.³² Vaadates psüühilise erivajadusega inimeste haridustaset, on näha, et 40%-l on vaid kutsehariduseta põhiharidus või sellest madalam haridustase.³³ Tabeli 3 järgi õppis 2013/2014. õppeaastal tundeelu- ja käitumishäiretega põhiharidust omandavate õpilaste klassis riikliku õppekava (RÖK), lihtsustatud õppekava (LÖK), toimetuleku õppekava (TÖK) ja hooldusõppekava (HÖK) alusel 342 last, ühe õpilase õpetamisele keskendunud õppes 124 ning väikeklassides 1022 last.

³⁰ Kruuse, K., Otsa, M. (2014). Uuring vaimupuudega noorte osalemisest tööturul. OÜ InCase. <http://www.erinevusrikastab.ee/files/Tulemused.pdf>

³¹ Isikud, kellel oli psüühikahäire ja/või vaimupuue domineeriva puudena või liitpuude koosseisus.

³² Elukestev õpe hõlmab formaalharidussüsteemi (lasteaed, põhikool, gümnaasium, kutseõppeasutus, kõrgkool) kõrval ka sellest väljaspool pakutavat täiendus- ja ümberõpet, mitteformaalset ja informaalset õpet kogu selle mitmekesisuses. Uute teadmiste ja oskuste omandamise võimalusi annab töökoht, vaba- ja huviharidus ning noorsootöö, samuti osalemine kodanikuühiskonna organisatsioonide tegevuses või virtuaalruumis, kus saab õppida individuaalselt või koos teistega. Elukestva õppe strateegia 2014–2020. <http://www.hm.ee/index.php?0513767>

³³ Soo, K., RAKE, Linno, T. (2009). Puuetega inimeste ja nende pereliikmete hoolduskoormuse uuring. SaarPoll OÜ, Tartu Ülikool, Sotsiaalministeerium. http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/kogumik/PIU2009_loppraport.pdf

Tabel 4. Statsionaarses õppevormis tundeelu- ja käitumishäiretega põhiharidust omandavate õpilaste klassis, väikeklassis ja ühe õpilase õpetamisele keskendatud õppes osalevad õpilased õppekavade kaupa 2013/14. õppeaastal³⁴

Klassi liik	RÕK	LÕK	TÕK	HÕK	Kokku
Tundeelu- ja käitumishäiretega põhiharidust omandavate õpilaste klass	298	36	8	0	342
Väikeklass	868	106	43	5	1022
Ühe õpilase õpetamisele keskendatud õpe	101	17	4	2	124
Kokku	1267	159	55	7	1488

Allikas: Haridus- ja Teadusministeerium

Kutseõppes õppis 2013/14. õppeaastal lihtsustatud õppekava alusel 531 (neist 34 põhihariduse nõudeta kutseõppes, 71 põhihariduse baasil kutseõppes, 411 kutsekeskharidusõppes ja 15 kutseõppes keskhariduse baasil) ning toimetuleku õppekava alusel 74 õppurit (neist 2 kutseõppes põhihariduse baasil ning 72 kutsekeskharidusõppes). Neist kõigist umbes 150 isikul oli psüühilise hariduslik erivajadus (k.a. vaimupuue)³⁵.

Arvestades, et haridus on tööturul olulisim konkurentsieelis, on psüühilise erivajadusega inimeste madala haridustaseme näol tegemist suure probleemiga, mis võib oluliselt takistada töö leidmist. Püsiva sissetuleku puudumine seab psüühilise erivajadusega inimesed omakorda suuremasse ohtu langeda vaesusesse ja olla muust ühiskonnast välja tõrjutud. Samas on tasemeharidust peegeldava näitaja juures oluline tegur psüühikahäire avaldumise aeg. Kui psüühikahäire avaldub peale tasemehariduse omandamist, on oluline roll inimeste elukvaliteedi tagamisel kutse ümberõppel ja elukestva õppe võimaluste tagamisel.

Seetõttu on oluline luua psüühilise erivajadusega isikutele piisavad võimalused kutse- ja elukestvaks õppeks, et tagada nende sotsiaalne aktiivsus ning ühiskonnaellu kaasatus.

Meetme raames elluviidavate tegevuste kaudu laiendatakse psüühilise erivajadusega inimeste kutse- ja elukestvas õppes osalemise võimalusi ning töötatakse välja õppes osalemise seiresüsteem.

Meede 1.2. Tööturul osalemise ja töötamise soodustamine

Psüühilise erivajadusega inimeste seas on eneseteostus töötamise kaudu piiratud: tööga hõivatute osakaal on väike, psüühilise erivajadusega inimeste soov töötada aga tunduvalt suurem. Riiklikud meetmed soodustamiseks puudega inimese värbamist ei ole ettevõtja jaoks motiveerivad, kuna need toovad ettevõttele kaasa täiendava lisatöö, mis kaalub üles

³⁴ Tabelist puuduvad gümnaasiumis üldkeskharidust omandavad õpilased, kuna tundeelu- ja käitumishäiretega õpilaste klasse on võimalik moodustada üksnes põhihariduse tasemel. 2013/14. õppeaastal õpivad psüühikahäiretega õpilaste klassis põhihariduse omandanud õpilased somaatiliste haigustega õpilaste klassis, kus on ajalooliselt olnud võimalik õppida ka üldkeskhariduse tasemel.

³⁵ Allikas: EHIS.

meetmetega pakutavad hüved.³⁶

Ka töövõime reformi mõjuanalüüs³⁷ toob välja reformi võimaliku riskina eesmärkide saavutamisel nende tööandjate vähesuse, kes oleksid valmis võtma tööle osalise töövõimega inimesi ning looma paindlikke töökohti. Riskina nähakse ka töövõime reformiga kaasnevat tööandjate teadlikkuse ebapiisavat suurenemist töövõime kaoga inimestest ja nende probleemidest ning ebapiisavat mõju tööandjate hoiakute paranemises puudega inimeste kui töötegijate suhtes.

Tulenevalt eelnevast tuleb välja töötada tegevused, et soodustada psüühilise erivajadusega inimeste tööle võtmist ning suurendada tööandjate teadlikkust psüühilise erivajadusega inimestest. Võtmekohaks saab sotsiaalkampaaniate kaudu toetada tööandjate valmisolekut, rakendada võimalusi osajaliseks töötamiseks ning töötada välja tugiteenused töötamise toetamiseks.

Meede 1.3. Eluasemeteenuse korralduse parendamine

Võimalus elada täisealisena eraldi oma perekonnast aitab kaasa inimese iseseisvaks ja sõltumatuks kujunemisele. On äärmiselt oluline tagada, et ka psüühilise erivajadusega inimene saaks soovi korral elada iseseisvalt ja oma vanematest eraldi.

Erihoolekandeteenuse kasutajad elavad praegu omanikuna elamispinnal, kohaliku omavalitsuse või erihoolekandeteenuse osutaja omandis oleval elamispinnal. Enda või kohaliku omavalitsuse elamispinnal elab suurem osa neid psüühilise erivajadusega täisealisi, kes kasutavad toetavaid erihoolekandeteenuseid (igapäevaelu toetamise, töötamise toetamise või toetatud elamise teenust). Kogukonnas elamise ja ööpäevaringse teenuse kasutajate eluruumid kuuluvad enamasti erihoolekandeteenuse osutajale.

Isikule, kes ei ole suuteline endale või oma perekonnale eluruumi hankima, tagab sotsiaalhoolekande seaduse kohaselt eluruumi kohalik omavalitsus. Õiguskantsleri 2011. aastal tehtud uuringu järgi ei ole aga 209 omavalitsusest 36-l võimalusi kõikidele vajajatele eluruumi tagada, sh 27 omavalitsusel on põhjuseks piisaval arvul eluruumide puudumine.³⁸

Alaeesmärgi üks peamisi ülesandeid on toetada psüühilise erivajadusega isikute sotsiaalset aktiivsust, tagades neile võrdsed võimalused eneseteostuseks ning soodustades haridus- ja tööelus osalemist. Isiku sotsiaalset toimetulekut ja integratsiooni toetab talle eluruumi kasutusse andmise võimaluse loomine, pakkudes piisavalt toimetulekut toetavaid tugiteenuseid ja juhendamist. Seega on oluline arendada ja propageerida elamupoliitikat, mis soodustaks psüühilise erivajadusega isikute elamist nende lähikogukonnas neile sobivates eluruumides.

Meetme raames tehakse eluasemeteenuse praeguse korralduse ja vajaduse analüüs, mille tulemuste põhjal viiakse ellu vajalikud parendustegevused eluruumide võimaldamisel

³⁶ Soo, K., RAKE, Linno, T. (2009). Puuetega inimeste ja nende pereliikmete hoolduskoormuse uuring. Saar Poll OÜ, Tartu Ülikool, Sotsiaalministeerium. http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/kogumik/PIU2009_loppraport.pdf
Tallinna Tehnikaülikool (2014). Uuring vaimupuudega noorte osalemisest tööturul, <http://www.erinevusrikastab.ee/files/Tulemused.pdf>

³⁷ Vahopski, R., Lauri, M. jt (2014). [Töövõimetoetuse seaduse mõjuanalüüs – eelhindamine](#). Saar Poll OÜ/ Euroopa Sotsiaalfond/ Sotsiaalministeerium.

³⁸ Õiguskantsleri Kantselei (2011). Ülevaade õiguskantsleri 2011. aasta prioriteetide täitmisest. http://oiguskantsler.ee/sites/default/files/ylevaade_prioriteetide_taitmisest_2011.pdf

psüühilise erivajadusega inimestele.

Meede 1.4. Psüühilise erivajadusega täisealiste huvikaitsetegevuse soodustamine

Eestis on mitmeid huvikaitse organisatsioone, mis on loodud haavatavate sihtrühmade huvide ja õiguste esindamiseks. Suurimateks neist võib pidada Eesti Patsientide Esindusühingut, mis on sotsiaal- ja tervishoiuteenuste tarbijate huvikaitse organisatsioon, ning Eesti Puuetega Inimeste Koda, mille tegevuse põhieesmärk on olla puudega inimeste valdkonnas tehtava töö üleriigiline koostöö- ja koordineerimisorgan. Samuti on projektipõhiselt algatatud mitmeid tugi- ja taastumisgruppe ning osutatud kogemusnõustamisteenust, et toetada psüühilise erivajadusega isikute toimetulekut ja sotsiaalset kaasatust. Psüühilise erivajadusega isiku või tema lähedase jaoks on huvikaitse ja eneseesindamise funktsioon killustunud mitme organisatsiooni või mittetulundusühingu vahel. Puudub üks vastutav organisatsioon, mis räägiks kaasa psüühilise erivajadusega täisealisi puudutavate otsuste tegemisel.

Eneseesindamise võimalused on tugevalt seotud ka eestkoste määramise ja korraldusega, kuna eestkoste seadmine on oma olemuselt inimese põhiõiguste piiramine. Seetõttu on oluline, et eestkoste oleks seatud vaid nendeks tegevusteks ja olukordadeks, kui inimene seda vajab. Eestkoste korraldus peab toetama eestkostetava huvide ja vajaduste rahuldamist parimal moel. AS-i Hoolekandeteenused kui ühe suurima erihoolekandeteenust osutava asutuse andmeil on nende klientidest umbes pooled, st 1250 isikut eestkostel, ja neist omakorda pooltel, st 625 isikul on eestkostjaks kohalik omavalitsus. Olukorras, kus ühel omavalitsusel on mõnedel juhtudel ca 100 eestkostetavat ning eestkostja roll on õigusaktidest tulenevalt mitmeti tõlgendatav ja ei ole piisavalt selgelt reguleeritud, ei ole eestkostetava huvid ja vajadused alati kõige paremini esindatud. Eriti teravalt kerkib kvaliteetse eestkoste ülesannete täitmise võimalikkus praeguse eestkoste korralduse kohaselt üles deinstitutionaliseerimise käigus, kui vanadest erihooldekodudest kolivad välja teenusekasutajad, kelle rahvastikuregistrijärgne elukoht on suletavas hooldekodus.

Meetme raames toetatakse psüühilise erivajadusega täisealiste huvikaitse või eneseesindajate organisatsioonide jätkusuutlikku tegevust ning soodustatakse isikute võimalust ise oma elu puudutavates küsimustes kaasa rääkida. Samuti tehakse praeguse eestkoste määramise ja korralduse probleemkohtade analüüs ning planeeritakse vajalikud tegevused nende lahendamiseks.

3.2. Alaeesmärk 2

Erihoolekandeteenused on deinstitutionaliseerimise põhimõtteid järgivad

Alaeesmärgi saavutamise tulemusel väheneb suurtes üksustes (enam kui 30-kohalised) osutatavate ööpäevaringsete erihooldusteenuste kohtade arv ning erihoolekandeteenuseid pakutakse kogukonnapõhiselt väiksemates teenuseüksustes, et vältida isikute isoleeritust ja sotsiaalset tõrjutust.

Tabel 5. Alaeesmärgi indikaator

INDIKAATOR	BAASTASE	SIHTTASE 2017	SIHTTASE 2020
Enam kui 30 inimesega teenuseüksuses elavate ööpäevaringset erihooldusteenust saavate psüühilise erivajadusega inimeste osakaal ööpäevaringset teenust saanud inimestest ³⁹ <i>Allikas: Sotsiaalministeerium</i>	65% (2014)	40%	30%

Üle-euroopaline uuring⁴⁰ hoolekande institutsioonides elavate inimeste arvu kohta näitas, et 2005. aastal elas Eestis üle 30-kohalistes institutsioonides 7243 inimest. 100 000 inimese kohta elas Eestis institutsioonis seega 539 inimest, mis seadis Eesti 28 riigi hulgas esimesele kohale. Ehkki arv sisaldas erinevaid hoolekandeteenuste sihtrühmi, s.o nii psüühilise erivajadusega täisealisi, eakaid kui ka lapsi, on nimetatud probleem Eestis iseloomulik ka erihoolekandele.

Suurtes institutsioonides puudub elanikel piisav kontroll oma elu ja neid puudutavate otsuste üle ning teenuseosutaja nõuded on olulisemad kui elanike individuaalsed vajadused. Euroopa ühine suund on arendada üleminekut institutsionaalselt hoolduselt kogukonnapõhisele hooldusele. 2012. aastal töötas Euroopa eksperdigrupp välja rahvusvahelised juhised, kuidas protsess kõige paindlikumalt võiks rakenduda. Eksperdigrupi hinnangul pakub institutsionaalne hooldus elukvaliteedi osas kogukondlike kvaliteetsete teenustega võrreldes alati halvemaid tulemusi ja sageli võib tulemuseks olla eluaegne ühiskonnaelust väljajäämine ja eraldatus. Euroopa tulemused on näidanud, et kogukonnapõhine hooldusvorm tekitab suuremat iseseisvust ja isiklikku arengut, võimaldab parandada enesehooldus- ja suhtlemisoskusi ning vähendada sotsiaalset tõrjutust.⁴¹ Deinstitutionaliseerimine ei hõlma üksnes suurte asutuste sulgemist, vaid toetavate teenuste osakaalu suurendamist, paindlikumat ja kättesaadavamalt teenustesüsteemi kogukonnas ning jätkusuutlikumat ja tulemuslikumat teenuste osutamist. Olemasolevad uuringud kinnitavad, et kvaliteetsete kogukonnapõhiste teenuste osutamisel eelistab enamik varem institutionaliseeritud isikuid kogukonnas elamist, nende rahulolu ja sotsiaalse hõlvatuse aste on suuremad ning ebakindluse ja üksindusega seotud probleeme on prognoositust vähem.⁴²

Tabel 5 toob maakondade kaupa välja ööpäevaringsete teenusekohtade arvu üle 30 teenusekohaga asutustes, arvestades asutuse tüüpi. Eraldi on käsitletud asutusi, mis on vanemat tüüpi (veerg 4), st asuvad kohandatud suuremates hoonetes. Kõige enam on vanemat tüüpi asutusi Valga maakonnas ja Viljandi maakonnas (mõlemas 3 asutust). 2013. aasta seisuga elas sellistes asutustes kõige enam ööpäevaringsete teenuste saajaid Saaremaal (377 isikut) ja Jõgevamaal (325 isikut). Kokku elab Eestis 2014. aasta seisuga

³⁹ Aluseks on võetud 2014. aasta baastase, kus üle 30 inimesega teenuseüksustes elab ööpäevaringseid teenuseid saavatest isikutest 65%. Aastaks 2017 prognoositakse vastavalt teenustesüsteemi ümberkorraldustele protsendi langust umbes 40%ni ning aastal 2020 elaks sellistes üksustes umbes 30% ööpäevaringseid teenuseid saavatest inimestest, jõudes 2023. aastaks 10% tasemele.

⁴⁰ Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study <http://inclusion-europe.org/en/projects/past-projects/decloc-report>

⁴¹ 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/>

⁴² *Ibid.*

65% kõigist ööpäevaringsete erihooldusteenuste saajatest vanemat tüüpi asutustes.

Samas võib tabeli kahe poole võrdlusest välja lugeda, et juba praegu on vanade asutuste juures erinevates maakondades ka peremaja tüüpi, väiksemate teenuseüksustega asutusi.

Tabel 6. Ööpäevaringset erihooldusteenust saavate isikute⁴³ arv 30 ja enama teenusekohaga asutustes 01.06.2014 seisuga

Maakond	Üle 30 teenusekohaga asutusi (koos peremajadega)	Teenuse saajaid üle 30 teenusekohaga asutustes (koos peremajadega)	Üle 30 teenusekohaga asutusi (v.a peremajad)	Teenuse saajaid üle 30 teenusekohaga asutustes
Harjumaa	4	293	1	168
Ida-Virumaa	3	178	2	120
Jõgevamaa	1	325	1	325
Järvamaa	2	162	1	98
Läänemaa	3	215	0	0
Lääne-Virumaa	2	126	1	66
Põlvamaa	2	149	1	140
Saaremaa	1	377	1	377
Tartumaa	1	68	0	0
Valgamaa	4	241	3	183
Viljandimaa	4	260	3	177
Võrumaa	1	81	1	81
Pärnumaa	2	114	1	64
Raplamaa	0	0	0	0
Hiiumaa	0	0	0	0
Kokku	30	2589	16	1799

Allikas: Sotsiaalministeerium, hoolekandestatistika aruanded; Sotsiaalkindlustusamet

Vaadates erihoolekandeteenuse kasutajate arvu aastate kaupa (tabel 6), on näha, et näiteks toetatud elamise teenuse kasutajate arv on aasta-aastalt vähenenud, kuid ööpäevaringsete erihooldusteenuse kasutajate arv on suurenenud. Toetavate teenuste võrdluses osutatakse kõige enam igapäevaeltu toetamise teenust (2013. aasta lõpus oli teenuse saajaid ligi 1900). Ühtlasi on igapäevaeltu toetamise teenus oma olemuselt kõige kiiremini ja lihtsamini kättesaadav teenus – näiteks on võimalik juba ravi ajal inimesele seda teenust osutada rehabilitatsiooniplaani olemasolul. Teenuse saamisele on vaid kaks kriteeriumit – isikul peab olema eriarsti poolt diagnoositud raske, sügav või püsiva kuluga psüühikahäire ning teenust saada suunamiseks peab olema psühhiaatri või rehabilitatsiooniteenuse osutaja kirjalik hinnang või rehabilitatsiooniplaan.⁴⁴

⁴³ Tabelis 5 on esitatud riigieelarvelistel teenusekohtadel olevate isikute arv seisuga 01.06.2014.

⁴⁴ Hanga, K., Maas, H., Sõmer-Kull, S., Schultz, G. (2013). Sotsiaalse rehabilitatsiooni, tehniliste abivahendite ja erihoolekande korralduse analüüs. Eesti Puuetega Inimeste Koda. http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/TVK/Uuringud_anal%C3%BC%C3%BCsid_ja_rahvusvahelised_kogemused/EPiK_analu%CC%88u%CC%88s_Sotsiaalse_rehabilitatsiooni_2c_tehniliste_abivahendite_ja_erihoolekande_korralduse_analu%CC%88u%CC%88s_2013.pdf

Tabel 7. Erihoolekandeteenuse kasutajate arv 2008–2013 (aasta lõpu seisuga)

Näitaja	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Isikuid, ühekordselt	4 549	4 655	4 666	4 659	4 680	5036
Mehed	2 429	2 498	2 487	2 487	2 501	2684
Naised	2 120	2 157	2 179	2 172	2 179	2352
sh toetavaid teenuseid saavad isikud kokku, ühekordselt						
igapäevaelu toetamise teenus	1 700	1 750	1 738	1 711	1 684	1864
toetatud elamise teenus	616	585	557	518	520	573
elamine kogukonnas ⁴⁵	47	50	65	106	117	137
töötamise toetamise teenus	435	405	370	370	373	461
sh ööpäevaringsed erihooldusteenused kokku	2 346	2 457	2 478	2 463	2 491	2643
ööpäevaringne erihooldusteenus	1 897	1 976	1 990	1 992	1 997	2161
ööpäevaringne erihooldusteenus ebastabiilse remissiooniga raske, sügava või püsiva kuluga psüühikahäirega isikule	48	50	38	55	56	71
ööpäevaringne erihooldusteenus sügava liitpuudega isikule	223	239	253	256	269	283
ööpäevaringne erihooldusteenus kohtumääruse alusel	178	192	197	160	169	128

Allikas: Sotsiaalministeerium, hoolekandestatistika aruanded

Alaeesmärgi saavutamiseks rakendatakse alljärgnevat meetmeid.

Meede 2.1. Erihoolekandeteenuste isikukeskseks kujundamine

Erihoolekandeteenuste isikukesksuse all peetakse silmas teenuseid, mis on kujundatud psüühilise erivajadusega täisealise ja tema perekonna vajadustest lähtuvalt. Teenuste isikukesksus on oluline tugi, et võimaldada maksimaalselt saavutada teenusekasutaja potentsiaali, tema võimalikult iseseisvat toimetulekut ning osalemist tööturul ja ühiskonnaelus.

Meetme raames kujundatakse ümber erihoolekandeteenuste ülesehitus, muudetakse paindlikumaks teenuste kasutamine ja teenuste korraldus. Koostada tuleb ülevaade kohalike omavalitsuste poolt psüühilise erivajadusega täisealistele osutatavatest teenustest. Sotsiaalministeerium kogub küll infot teenuste kohta, mida kohalikud omavalitsused on kohustatud osutama, aga mitte teenuste kohta, mida osutatakse psüühilise erivajadusega täisealistele teistsuguse teenuse nimetuse all. Selleks, et kujundada erihoolekandes uusi teenuseid ja teenustesüsteem, on vajalik saada ülevaade hetkeolukorrast, kaasa arvatud teenustest, mida omavalitsused on pidanud vajalikuks osutada.

Uute teenuste ja teenuste korralduse järel on pakutavate erihoolekandeteenuste arv suurem praegu pakutavast viiest teenusest. Uued teenused vastavad konkreetse sihtgrupi vajadustele, teenuseid on võimalik omavahel paindlikult kombineerida ja teenustel on kulupõhine hind. Teenuste diferentseerimise ja sellest tulenevalt erinevate hindade vajaduse

⁴⁵ Käsitletakse toetavate teenuste all, kuna tegemist on ööpäevaringse toetava teenusega, mitte ööpäevaringse hooldamisteenusega.

on välja toonud oma auditis ka Riigikontroll.⁴⁶

Meetme raames saab teenuse saaja kasutada erihoolekandeteenuseid vastavalt vajadusele paindlikult ka kuu, tunni, ööpäeva ja intervallide kaupa ning pakutakse teenuseid, mis on suunatud suurema toetusvajadusega psüühilise erivajadusega täisealiste tööhõive suurendamisele (näiteks kaitstud töö teenuse arendamine, sotsiaalse ettevõtluse soodustamine, tugiisikuteenus) ja omastehoolajate koormuse vähendamisele (näiteks omastehoolajatele puhkuste võimaldamine, osutades teenust hooldatavale), samuti psüühilise erivajadusega inimeste endi osutatavad teenused (näiteks kogemusnõustamine).

Meede 2.2. Erihoolekande taristu reorganiseerimine

Euroopa Regionaalarengu Fondi toel kavandatakse aastatel 2014–2023 reorganiseerida suured ehk üle 30-kohalised ööpäevaringsed teenusekohad, soetada eluruume isikutele kogukonnas elamiseks ning toetada suunda tugiteenuste eelisarendamisele ja pakkumisele ühiskonnas, et ennetada institutsionaalset hooldust.

Reorganiseerimise raames kolivad teenust saavad psüühilise erivajadusega inimesed amortiseerunud hoonetest erihoolekandeteenuste osutamiseks sobilikesse hoonetesse või ruumidesse. Mittesobilike tingimustega ruumidele juhtis tähelepanu juba 2001. aastal eksperdigrupp psüühilise erivajadusega inimestele teenuseid osutavate asutuste juhtimisauditis.⁴⁷ Samuti luuakse jätkusuutlik deinstitutionaliseerimise tegevuskava ülejäänud institutsioonidele, kus erihoolekandeteenuseid osutatakse ning võetakse põhisuund alla 30-kohaliste teenuseüksuste arendamisele.

Ekspertid on välja toonud, et probleemse käitumise ennetamiseks on üks normaliseerimise komponente elamine nii loomulikus keskkonnas kui võimalik. Loomulikuks elukeskkonnaks ei saa pidada haigla tüüpi hoolekandeosakonda, kus kliendi puudutav füüsiline keskkond piirdub voodi ja öökapiga palatis. Füüsilise keskkonna kujundamisel on märksõnadeks kodusarnasus, sobiv stimulatsioon ja arusaadavus. Elukeskkonna piiritlemine muudab keskkonna väiksemaks, turvalisemaks ja arusaadavamaks. Kliendi koduks ei saa olla terve asutus oma koridoride, lugematute magamistubade, personali- ja laoruumidega.⁴⁸

Meetme rakendumiseks vajalike tegevustena kaardistatakse olemasoleva taristu seisukord ja selle korrastamise või asutuse ümberkorraldamise vajadus. Deinstitutionaliseerimise protsessi toetamiseks sisustatakse lisaks ka institutsiooni ja deinstitutionaliseerimise mõiste erihoolekandes Eesti jaoks selleks, et psüühilise erivajadusega inimesed, teenuseosutajad, psüühilise erivajadusega inimeste huvikaitseorganisatsioonid, riigiametnikud jt partnerid mõistaksid institutsioone ja deinstitutionaliseerimist üheselt.

⁴⁶ Riigikontroll (2008). Riigi tegevus psüühiliste erivajadustega isikute riikliku hoolekande korraldamisel.

<http://www.riigikontroll.ee/tabid/215/Audit/2025/WorkerTab/Audit/WorkerId/30/language/et-EE/Default.aspx>

⁴⁷ Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse Keskus (200/2001). Psüühilise erivajadusega inimestele riikliku hoolekande teenuseid osutavate asutuste erialalis- juhtimisalane audit.

⁴⁸ Tõnisson, U., Salumaa, M., Klaassen, A. (2011). Probleemse käitumise ja juhendamise hea tava käsiraamat. MTÜ Hoolekande Ekspertiisi- ja Nõustamiskeskus

Meede 2.3. Erihoolekandeteenuste kättesaadavuse ja juurdepääsetavuse tagamine

Meetme raames luuakse uute teenuste ja uue teenusekorralduse ning deinstitutionaliseerimise käigus võimalused psüühilise erivajadusega täisealistele valida endale sobivaim teenus sobivaimas kohas. Teenuste juurdepääsetavuse all keskendutakse psüühilise erivajadusega täisealistele asjakohase, erapooletu ja tervikliku teabe tagamisele teenuste kasutamiseks.

Samuti on meetme eesmärk lühendada teenuse saamise alustamise aega teenuse saaja jaoks (sh vaadatakse üle rehabilitatsiooniplaanide koostamise otstarve ja protsess) ning tagada teenuste kättesaadavus kokkulepitud mõistliku aja jooksul. Selleks muudetakse vajaduse korral järjekordade pidamise aluseid ja kehtestatakse selgemad kriteeriumid järjekorras viibimiseks.

Meetme raames lahendatakse enne uute teenuste ja teenustesüsteemi rakendamist probleemid olemasolevate erihoolekandeteenuste ja teenustesüsteemiga. Eraldi tegevusena analüüsitakse juhtiva psüühikahäirena sõltuvushäire diagnoosiga isikutele vajaliku eraldiseisva tugisüsteemi või teenuse arendamise ning valdkonnaspetsiifilist nõustamisteenust pakkuvate spetsialistide koolitamise vajadust, kuna tava- ja erihoolekandeteenused on selle sihtgrupi jaoks kehtiva regulatsiooni alusel välistatud ning hoolekandetöötajatel puuduvad oskused nendega töötamiseks.

Samuti otsitakse lahendusalternatiivi praegusele olukorrale, kus erihoolekandeteenust kasutavatel dementsuse diagnoosiga inimestel ei ole pensioniea saabudes enam õigust erihoolekandeteenuseid saada ning nad peaksid minema üldhooldusele, kuid kohalik omavalitsus jääb hätta neile inimestele teenuse pakkumisega nii sisu kui finantseerimise poolest. Vajalik on teha ka analüüs, kas dementsuse sündroomiga vanaduspensioniealised isikud peaksid kuuluma erihoolekandeteenust saama õigustatud sihtgruppi või mitte.

Olulisemate tegevustena luuakse ka päevast juhendamist ja hooldust pakkuv teenus inimestele, kelle juhendamise ja abistamise vajadus on suurem kui praegune igapäevaelu toetamise teenus ette näeb, ning õigusaktides sätestatakse pikaajalise kaitstud töö teenuse mõiste.

Lisaks alustatakse prioriteetse tegevusena kohtumääruse alusel ööpäevaringsele erihooldusele paigutatud sihtgrupi ja teenuse sisu täpsustamist. Kohtumääruse alusel ööpäevaringset erihooldusteenust osutatakse 01.05.2014 seisuga 128 isikule. Vaatamata sellele, et teenuse saajate arv ei moodusta suurt osa erihoolekandeteenustest, on tegemist olulise sihtrühmaga mitmel põhjusel. Kõige olulisem on see, et tegemist on teenusega, mille puhul on piiratud ühte inimese põhiõigust – liikumisvabadust. Teisalt on sellest tulenevalt oluline analüüsida teenuse osutamist, et suunamine teenust saama oleks põhjendatud ning teenuse osutamine aitaks kaasa soovitud eesmärgi täitmisele. 2013. aastal tegi AS Hoolekandeteenused analüüsi⁴⁹, et kirjeldada kohtumääruse alusel erihooldusteenuse saajaid ja hinnata teenuse osutamist. Nimetatud analüüsi kohaselt võib öelda, et kohtumääruse alusel erihooldusteenuse kasutajate abivajadus on tulenevalt nende diagnoosist, haridusest jm teguritest väga erinev. AS Hoolekandeteenuse analüüsis⁵⁰ esitatud hinnangu kohaselt oleks võinud ligikaudu 50% kohtumääruse alusel erihooldusteenuse saajatest saada 2012. aastal mõnda muud teenust (nt dementsed eakad).

⁴⁹ Unukainen, T., Mürsepp, L. (2013). Kohtu määratava ööpäevaringse erihooldusteenuse analüüs. AS Hoolekandeteenused.

http://www.hoolekandeteenused.ee/media/valisveeb/Dokumendid/Vaelisveeb_-_rubriiki_arvamused_ja_analuesid/20130722_OK_teenuse_analyys_HKT.pdf

⁵⁰ *Ibid.*

3.3. Alaeesmärk 3

Erihoolekandeteenused on kvaliteetsed ning teenuseosutaja on kvalifitseeritud ja asjatundlik

Eesmärgi saavutamise tulemusel paraneb kvaliteetse teenuse osutamise kaudu psüühilise erivajadusega täisealiste hinnang võimalusele elada täisväärtuslikku elu. Teenuse kvaliteedi parandamiseks suureneb kvaliteedijuhtimise süsteemi rakendavate erihoolde teenuse üksuste arv, teenuste rahastus muudetakse tegevuspõhiseks ning erihoolde teenuse osutaja on kvalifitseeritud ja pädev.

Tabel 8. Alaeesmärgi indikaatorid

INDIKAATOR	BAASTASE	SIHTTASE 2017	SIHTTASE 2020
Psüühilise erivajadusega inimeste hinnang võimalusele elada täisväärtuslikku elu ⁵¹ <i>Allikas: Sotsiaalministeerium. Puuetega inimeste ja nende hoolduskoormuse uuring PIU</i>	47% (2009)	52%	60%
Erialase hariduse või tegevusjuhendaja (260 tundi) koolituse läbinute suhtarv tegevusjuhendajana töötavate seas <i>Allikas: Sotsiaalministeerium</i>	0,7 (2012)	0,8	1,0
Kvaliteedijuhtimise süsteemi rakendavate erihoolde teenuse üksuste suhtarv <i>Allikas: Sotsiaalministeerium</i>	14 ⁵²	suureneb	suureneb

2013. aasta lõpu seisuga töötas kõigis erihoolde teenuseid osutavates asutustes kokku 1235 tegevusjuhendajat.⁵³ Neist 186 (15%) olid tegevusejuhendajana töötamist võimaldava erialase haridusega. Tegevusjuhendaja koolituse (260 tundi) läbinuid oli 704. Samuti oli 269 tegevusjuhendajat osalenud täienduskoolitusel – nendest enamik osales täienduskoolitusel töötamiseks sügava liitpuude või ebastabiilse remissiooniga psüühikahäirega isikutega.

Aastate 2009–2013 võrdluses on tegevusjuhendajate arv suurenenud ligi 15%. Erialase haridusega tegevusjuhendajate arv on aastate jooksul olnud erinev ning võrreldes 2009. aastaga on erialase haridusega tegevusjuhendajate osatähtsus töötavate tegevusjuhendajate seas vähenenud (18%-lt 15%-le). Samal ajal on suurenenud tegevusjuhendaja 260-tunnise baaskoolituse läbinute arv ja osakaal tegevusjuhendajana töötavatest inimestest (48%-lt 57%-le). Seega võib kokkuvõtvalt öelda, et ligi 30%-l tegevusjuhendajatest ei ole erialast tasemeharidust ning nad ei ole läbinud ka 260-tunnist tegevusjuhendaja baaskoolitust.

⁵¹ Vähemalt ühe väitega kahest (puudega inimestel on võimalik meie ühiskonnas elada täisväärtuslikku elu; ma tunnen end väärtuslikuna) olid kindlasti või pigem nõus 47% inimestest, kellel oli psüühika- ja/või vaimupuue domineeriva puudena või liitpuude koosseisus.

⁵² Erihoolekandeteenuseid osutavad üksused, mis omavad Euroopa sotsiaalteenuste kvaliteedijuhtimise süsteemi (EQUASS) sertifikaati, 2014.

⁵³ Sotsiaalministeerium, hoolekandestatistika aruanded.

Tabel 9. Tegevusjuhendajate haridus ja koolitusel osalemine 2009–2012

	2009	2010	2011	2012	2013
Tegevusjuhendajaid kokku	1 051	1 111	1 138	1 147	1235
tegevusjuhendajana töötamist võimaldava erialase haridusega	194	182	155	173	186
sotsiaalministri määrusega kehtestatud kava kohase 260-tunnise tegevusjuhendaja baaskoolituse läbinud	502	548	578	625	704

Allikas: Sotsiaalministeerium, hoolekandestatistika aruanded

Tegevusjuhendaja baaskoolituse läbinute arvu suurenemist selgitab nii koolituste igaaastane korraldamine kui ka koolituse pakkujate arvu suurenemine, samuti kasvav vajadus ja teenusemahtude suurenemine. Tegevusjuhendaja baaskoolituse peamine pakkuja oli varasematel aastatel Tervise Arengu Instituut ning aastatel 2008–2013 oli nende koolituse lõpetanute arv stabiilselt 70–80 inimest. Alates 2011. aastast on lisandunud teisi koolituse pakkujaid: Tartu Tervishoiu Kõrgkool, Pärnu Kolledž, Abiühing Üheksavägine, Tartu Ülikool, Valgamaa Kutseõppe Keskus.

Praegune tegevusjuhendajale kohustuslik 260-tunnine baaskoolitus püüab edasi anda teadmised, mis on vajalikud tööks kogu erihoolekandeteenuste sihtgrupiga. Oma töös spetsialiseerub tegevusjuhendaja aga konkreetsele sihtgrupile (näiteks töötab vaimupuudega inimestega, mitte muu psüühikahäirega inimestega), mistõttu ei ole vajalik ega piiratud ressursside tingimustes mõistlik koolitada kõiki tegevusjuhendajaid kõikidel teemadel, vaid anda baasteadmised ning keskenduda täiendkoolitusel konkreetsele sihtgrupile, kellega tegevusjuhendaja iga päev töötab. Samuti näitab praktika, et kõikide erihoolekandeteenuse sihtgruppidega tööks vajaliku edasiandmine ühe 260-tunnise koolituse käigus ei ole piisavalt tulemuslik, et kõikide sihtgruppidega koolitus läbimise järel realselt ka töötada. Lisaks ei ole praegune 260-tunnine koolitus kättesaadav kohe teenuse osutamise alguses. Tervise Arengu Instituudi andmete alusel ootab 2014. aasta aprilli seisuga tegevusjuhendaja 260-tunnisele koolitusele 488 isikut⁵⁴.

Kvaliteetse teenuse arendamisel tuleb silmas pidada ka teenuste maksumust. Erihoolekandeteenuste osutamise kulud ulatusid 2013. aastal 25 miljoni euron. Kulude katteallikate poolt on peamiseks rahastajaks riik – riigipoolsed kulud moodustasid erihoolekandeteenuste kuludest 2013. aastal 67%. Isiku omaosalus moodustas samal ajal 25%. Võrreldes eelmiste aastatega on isiku omaosalus mõnevõrra suurenenud (aastatel 2009–2011 oli see 23% erihoolekandekuludest).

Tabel 10. Erihoolekandeteenuste osutamisega seotud kulutuste katteallikad 2008–2013¹

Katteallikas	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Kokku, tuhat eurot	13 158	16 838	21 321	22 085	22 246	22 999	23 023	25 794
riik ^{2,3}	8 720	11 023	14 662	15 102	15 279	15 576	15 646	17 284
kohalik omavalitsus	1 061	1 631	1 891	1 847	1 752	1 915	1 598	1 817

⁵⁴ Tervise Arengu Instituudi statistika

teenusekasutaja, tema pereliikme või eestkostja osalus (omaosalus)	3 250	4 001	4 699	5 066	5 116	5 386	5 655	6 531
muu	127	183	68	70	99	122	123	161

¹ 2010. aasta ja varasemad näitajad on eurodesse ümber arvatud kursiga 1 euro = 15,6466 krooni.

² sh eraldised hasartmängumaksud.

³ 2009. aastast alates sisaldab ka riigieelarvest kaetud omaosaluse puudujäävat osa.

Allikas: Sotsiaalministeerium

Riigieelarvest hüvitatavad erihoolekandeteenuste maksimaalsed maksumused isiku kohta ühes kuus aastatel 2008–2012 ei muutunud, kuid alates 2013. aastast on need mõnevõrra suurenenud. Nii suurenesid 2013. aastal riigieelarvest hüvitatavad erihoolekandeteenuste maksimaalsed maksumused isiku kohta ühes kuus 3,7% ning 2014. aastal 5,7%. 2014. aastal suurenesid oluliselt kohtumääruse alusel ööpäevaringsele erihooldusele suunatud inimeste riigieelarvest hüvitatavad maksimaalsed maksumused isiku kohta kuus.

Tabel 11. Riigieelarvest hüvitatavad erihoolekandeteenuste maksimaalsed maksumused isiku kohta ühes kuus, eurot

Teenus/aasta	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
igapäevaelu toetamine	88,71	88,71	88,71	88,71	88,71	92,03	97,24
töötamise toetamine	72,8	72,8	72,8	72,8	72,8	75,52	79,79
toetatud elamine	138,1	138,12	138,12	138,12	138,12	143,29	151,4
kogukonnase elamine	228,55	228,55	228,55	228,55	228,55	237,1	250,52
ööpäevaringne hooldus	375,1	375,1	375,1	382	382	396,29	418,72
ööpäevaringne hooldus liitpuudega isikutele	541,85	541,85	541,85	564,12	564,12	585,22	618,34
ööpäevaringne hooldus ebastabiilse remissiooniga isikutele	541,85	541,85	541,85	564,12	564,12	585,22	618,34
ööpäevaringne hooldus kohtumääruse alusel suunatud isikutele	533,28	533,28	533,28	537,1	537,1	557,19	847
sh alaealistele							1 945

Toetavate teenuste kulud ulatusid 2013. aastal 5,9 miljoni euroni. Suurema osa toetavate teenuste kuludest moodustasid riigipoolsed kulud (ligi 61%). Katteallikate võrdluses ongi viimastel aastatel suurenenud just riigieelarvest tehtavate kulutuste osatähtsus. Samas on kohalike omavalitsuste tehtud kulude osa vähenenud. Isiku omaosalus on olnud 10–11%.

Tabel 12. Erihoolekande toetavate teenuste osutamisega seotud kulutused ja kulude katteallikad 2006–2013

Katteallikas	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Kokku, tuhat eurot ¹	3 723	5 010	5 878	5 435	5 194	5 505	5 263	5 989

riik ^{1,2} , %	56,3	52,1	56,3	57,8	58,3	55,8	59,2	60,8
kohalik omavalitsus, %	27,6	30,3	31,6	31,5	30	31,6	27,6	26,8
teenusekasutaja, tema pereliikme või eestkostja osalus (omaosalus), %	13,6	14,4	11	9,6	10	10,7	11,2	10,3
muu, %	2,5	3,2	1,1	1,1	1,6	1,9	2,1	2,1

¹ 2010. aasta näitajad ja varasemad on eurodesse ümberarvutatud kursiga 1 euro = 15,6466 krooni.

² sh eraldised hasartmängumaksud.

³ 2009. aastast alates sisaldab ka riigieelarvest kaetud omaosaluse puudujäävat osa.

Allikas: Sotsiaalministeerium

Ööpäevaringsete erihooldusteenuste kulud kokku olid 2013. aastal üle 19,8 miljoni euro. Toetavate teenuste kulude jaotumisega võrreldes on ööpäevaringsete erihooldusteenuste puhul riigieelarvest tehtavate kulude osatähtsus mõnevõrra suurem (ligi 69%), samas kohalike omavalitsuste osa on väga väike (veidi üle 1%). Isiku omaosalus on aga suhteliselt kõrge (ligi 30%).

Tabel 13. Erihoolekande ööpäevaringsete hooldusteenuste osutamisega seotud kulutused ja kulude katteallikad 2006–2012

Katteallikas	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Kokku, tuhat eurot ¹	9 435	11 828	15 442	16 649	17 053	17 493	17 760	19 805
riik ^{1,2} , %	70,2	71,1	73,5	71,8	71,8	71,5	70,6	68,9
kohalik omavalitsus, %	0,4	1,0	0,2	0,8	1,1	1,0	0,8	1,1
teenusekasutaja, tema pereliikme või eestkostja osalus (omaosalus), %	29,1	27,7	26,2	27,3	27	27,4	28,5	29,9
muu, %	0,4	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2

¹ 2010. aasta ja varasemad näitajad on eurodesse ümber arvatud kursiga 1 euro = 15,6466 krooni.

² sh eraldised hasartmängumaksud.

³ 2009. aastast alates sisaldab ka riigieelarvest kaetud omaosaluse puudujäävat osa.

Allikas: Sotsiaalministeerium

Seega võib öelda, et kulutuste ulatus ja katteallikate jaotumine on väga erinevad. Kuigi erinevusi selgitab nii teenuste sisu kui saajate arv, viitavad erinevused ka sellele, kas teenused on piisavalt kättesaadavad. Näiteks on Riigikontroll oma 2008. aasta auditis välja toonud, et teenuste halva kättesaadavuse peamine põhjus on teenuste ebapiisav rahastamine. Samuti viitab Riigikontrolli audit sellele, et teenuste osutamise hinnad ei ole tegelike kuludega vastavuses.

Alaeesmärgi saavutamiseks rakendatakse alljärgnevat meetmeid.

Meede 3.1. Teenuste tulemuslikkuse parandamine

Teenuste tulemuslikkuse all peetakse silmas seda, et psüühilise erivajadusega täisealistele osutatud teenused on eesmärgistatud, mõõdetavad ja saavutatavad. Ühtne ja kokkulepitud

kvaliteedi mõiste erihoolekandeteenuste sisule ja tulemusele Eestis praegu puudub, mistõttu kehtivaid õigusakte on võimalik tõlgendada mitmeti. Puudulikku teenuse kvaliteedi reguleerimist riigi poolt tõi oma auditis välja ka Riigikontroll, kelle hinnangul ei ole teenuse osutamise standardite puudumise tõttu võimalik tagada, et kõik isikud saaksid samaväärset teenust. Riigikontroll leidis, et vajalik on kehtestada teenuste standardid kõikidele teenustele.⁵⁵

Sotsiaalteenuste kvaliteedi defineerimisega on Eestis aktiivsemalt tegeletud 2010. aastast, kui alustati Equass Assurance kvaliteedimärgi rakendamisega rehabilitatsiooniteenuse osutajate seas. Eestis on 2013. aasta veebruari seisuga 29 sotsiaalteenuse osutajat, kes välisaudiitori hinnangul vastavad Equass Assurance kvaliteedimärgile ning seega lähtuvad teenuse osutamisel Euroopa vabatahtliku sotsiaalteenuste kvaliteedi raamistiku⁵⁶ põhimõtetest. Neist 14 on erihoolekandeteenuseid osutavad asutused.

Meetme raames defineeritakse mõiste „erihoolekandeteenuse kvaliteet“, juurutatakse erihoolekandeteenuse osutajate seas kvaliteedijuhtimise süsteemi ning luuakse riigipoolsed kvaliteedinõuded teenustele. Muudetakse järelevalve teenuseosutajate üle senisest enam nõuandvaks organiks. Järelevalves teenuste osutamise üle saab lähtuda vaid õigusaktidest. Kuna õigusaktidega on teenuseosutajatele seatud teenuste osas vaid kvantitatiivsed nõuded, ei ole praegune järelevalve suunatud teenuse osutamisele praktikas. Kvantitatiivsed nõuded ei taga teenuse kvaliteeti ning on kohati liialt piiravad, kuna ei arvesta kõikide teenusekasutajate vajadusi (näiteks personali suhtarvu nõue erinevate teenuste puhul).

Meede 3.2. Tegevusjuhendaja kvalifikatsiooni ja asutuste juhtide kvaliteedijuhtimise alase pädevuse suurendamine

Vahetult erihoolekandeteenuseid osutavale tegevusjuhendajale on kehtestatud kvalifikatsiooninõuded sotsiaalhoolekande seaduse alusel. Sotsiaalhoolekande seaduses nimetatud nõuded⁵⁷ on tänases praktilises töös teenusekasutajaga ning tegevusjuhendajate värbamisel osutunud piiravaks ja ebamõistlikuks. Samuti on probleemiks tegevusjuhendaja professioni edendamiseks vajaliku tegevusjuhendaja kutsestandardi ja õppekava puudumine. Võrdlusena on asjakohane välja tuua, et kutsestandard ja õppekava on loodud näiteks sellistel lähedastel ametikohtadel nagu hooldustöötaja, tegevusterapeut ja sotsiaaltöötaja.

Meetme raames oluliste tegevustena töötatakse välja tegevusjuhendaja kutsestandard ja õppekava ning ja rakendatakse neid. Kutsestandardi valmimise järel töötatakse välja ja viiakse ellu tegevusjuhendaja kutse omandamiseks vajaliku koolitus- ja täiendkoolituse korraldus, mis võimaldab anda tegevusjuhendajatele konkreetse erihoolekande sihtgrupiga töötamiseks vajalikud teadmised ning omandada vajalikud oskused enne teenuse osutamist või kohe teenust osutama asudes.

Meetme raames korraldatakse kvaliteedijuhtimiskoolitust ka erihoolekandeteenust osutavate asutuste juhtidele, koolitusega edasiantavate teadmiste omandamise kohustus viiakse väljatöötatavate kvaliteedinõuete üheks osaks.

⁵⁵ Riigikontroll (2008). Riigi tegevus psüühiliste erivajadustega isikute riikliku hoolekande korraldamisel.

<http://www.riigikontroll.ee/tabid/215/Audit/2025/WorkerTab/Audit/WorkerId/30/language/et-EE/Default.aspx>

⁵⁶ Euroopa Liidu Nõukogu (2010). Euroopa vabatahtliku sotsiaalteenuste kvaliteedi raamistik

http://equass.ee/public/Sotsiaalteenuste_vabatahtlik_kvaliteediraamistik.pdf

⁵⁷ Sotsiaalhoolekande seadus § 11³⁴ <https://www.riigiteataja.ee/akt/121032014005>

Meede 3.3. Jätkusuutliku ja tõenduspõhise erihoolekande arendamine ja rahastamine

Psüühilise erivajadusega täisealisel on võimalik sotsiaalteenustest lisaks erihoolekandeteenustele kasutada riigi korraldada olevat rehabilitatsiooniteenust ning kohalike omavalitsuste poolt välja arendatud sotsiaalteenuseid. Ühtlasi võivad teenused olla ka dubleerivad. Ühtse ja jätkusuutliku teenustesüsteemi tagamiseks tuleb analüüsida erihoolekandeteenuste ja erihoolekande korralduse seoseid teiste psüühilise erivajadusega täisealistele pakutavate sotsiaalteenuste ja nende korraldamisega.

Praeguse erihoolekande- ja rehabilitatsioonisüsteemi ülesehituse puhul on küsimus kahe süsteemi pidamise efektiivsuses ja rahastamise läbipaistvuses. Mõlemal valdkonnal on eelarves küll oma eelarverida, ent kuna erihoolekandeteenuse kasutajatel on õigus samal ajal kasutada ka rehabilitatsiooniteenuseid, on administratiivselt keeruline hinnata ühe või teise valdkonna finantseerimise tulemuslikkust.

Arvestades lähiaastate muudatuste mahukust erihoolekandes, ei ole praegune ressursstõenduspõhiste uute teenuste ja nende korralduse ning teenuste osutamise seonduva väljatöötamiseks piisav. Meetme rakendamise raames on vajadus täiendada inimressursi järele, kes panustaks tõenduspõhise uue erihoolekandesüsteemi arendamisse. Meetme raames analüüsitakse, kas on otstarbekas koondada ressursst Sotsiaalministeeriumisse, mõne haridus- ja/või teadusasutuse juurde või luua muul moel. Tõenduspõhist teadus- ja arendustegevust on võimalik kasutada tõenduspõhise erihoolekande tuleviku kujundamisel.

Teise meetmejärgse tegevusena arendatakse ja rakendatakse infosüsteeme, mis toetavad psüühilise erivajadusega täisealistele vajalike riigipoolsete meetmete planeerimist ja elluviimist. Olemasolevad andmed, mis on osaliselt kättesaadavad Sotsiaalkindlustusameti ja osaliselt Sotsiaalministeeriumi⁵⁸ kaudu, ei anna kogu infot, mis on valdkonna strateegiliseks juhtimiseks vaja.

Tegevuspõhine teenuse hind on aluseks, et osutada teenust riikliku standardi kohaselt. Praegune teenuste hind ei ole tegevuspõhine. Meetme raames tehakse erihoolekandele kehtestatud maksimaalsete maksumuste kulupõhine analüüs, vaadatakse üle kulukomponendid ja kehtestatakse vajadustele vastavad teenuste hinnad.

⁵⁸ S-veebi ja H-veebi kaudu kogutavad andmed ei võimalda isikupõhist statistikat teha.

4. SEOSSED TEISTE ARENGUKAVADEGA

Erihoolekande arengukavaga on seotud alljärgnevad arengukavad ja strateegilised dokumendid.

Sotsiaalministeeriumi poolt välja töötatud arengukavad

Sotsiaalministeeriumi arengukavas on püstitatud eesmärk parandada inimeste elukvaliteeti ja suurendada sotsiaalset turvalisust. Muu hulgas on välja toodud hoolekandeteenuste kättesaadavuse ja kvaliteedi parandamine ning iseseisvat elamist toetavate meetmete arendamine.

Hoolekandekontseptsioon (heaks kiidetud 2004) seab eesmärkideks erikohtlemist vajavate ja riskirühma kuuluvate inimeste (puudega, pikaajalised töötud, noored ja eakad) suurema tööga hõivatuse, parema hoolekandeteenuste kättesaadavuse ja kvaliteedi ning inimeste parema elatustaseme saavutamise.

Laste ja perede arengukava 2013–2020 üks eesmärk on tagada Eestis perede adekvaatset majanduslikku toimetulekut toetav kombineeritud toetuste ja teenuste süsteem, et pakkuda perele püsivat kindlustunnet. Viidatud on vajadusele arendada psüühikahäirega lastele vajalikke teenuseid ja vajaduspõhist teenusevõrku.

Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 üldeesmärk on tervena elatud eluea pikenemine enneaegse suremuse ja haigestumise vähendamise kaudu. Viidatud on vajadusele suunata hooldusraviteenuste vajajad õigel tasemel ravile ja/või hoolekandele, suurendada päevaste ja koduteenuste osakaalu ning edendada inimeste vaimse tervise alast teadlikkust. Ühe enim esilekerkiva haigusrühmana on mainitud vaimse tervise häireid ja psühhiaatrilisi haigusi. Välja on toodud ka eneseabi tähtsus, rõhutades, et iga inimene saab vähendada terviseriske, tehes teadlikke valikuid oma igapäeva elu korraldamisel.

Esmatasandi tervishoiu arengukava 2009–2015 üldine strateegiline eesmärk on ühiskonna ootustele ja vajadustele vastav esmatasandi tervishoid. Lisaks viidatakse ebapiisavale koostööle sotsiaal- ja hoolekandesüsteemiga.

Eesti hooldusravivõrgu arengukava 2004–2015 määrab kindlaks teenused haigetele, kes kulukat ja kõrgtehnoloogilist aktiivravi enam ei vaja. Arengukava eesmärk on parandada nii ambulatoorse kui statsionaarse hooldusravi teenuste kättesaadavust ja kvaliteeti. Viidatud on probleemile, et päevaste ja koduteenuste vormid puuduvad või on vähearenenud, mistõttu on inimesed sunnitud minema haiglasse või hooldekodusse.

Psühhiaatria arengukava aastaks 2015 seab eesmärgiks pidevat ravi vajavate psüühikahäirete all kannatavatele haigetele integratiivravi põhimõtete arendamise ja väärtustamise ning ebastabiilse remissiooniga patsientide pikaravi küsimuse lahendamise. Arengukava peab oluliseks psühhiaatrilise abi süsteemi arendamisel tagada teenuse kvaliteedi paranemine ja kättesaadavus abi vajajatele, arvestades tervishoiu üldist arengut, haigestumuse prognoosi ja uute ravivõtete kasutusele võtmist.

Teiste valitsusasutuste välja töötatud arengukavad

Konkurentsivõime kava „Eesti 2020“ eesmärk on puudega inimestele suunatud algatuste loomine, sotsiaalne sidusus ja tööhõivevõimaluste suurendamine.

Lõimuv Eesti 2020 seab eesmärgiks tagada lõimunud ja sotsiaalselt sidus Eesti ühiskond, kus erineva keele- ja kultuuritaustaga inimesed osalevad aktiivselt ühiskonnaelus ja jagavad demokraatlikke väärtusi.

Aktiivsena vananemise arengukava 2013–2020 seab eesmärgiks inimestel sõltumata east end igakülgset teostada ning vastavalt oma soovidele, vajadustele ja võimalustele ühiskonnaelus osaleda, juhtides seeläbi tähelepanu ka haigete või puudega vanemaealiste jätkuval panusele oma perekonna, kogukonna ja ühiskonna heaks.

Eesti säästva arengu riikliku strateegia „Säästev Eesti 21“ eesmärgid on heaolu suurendamine kõigil tasanditel, majanduslik jõukus, kõrge turvalisuse tase ja võimaluste mitmekesisus, mis on seotud ka psüühilise erivajadusega isikute parema elukvaliteediga.

Eesti elukestva õppe strateegia 2020 seab eesmärgiks tagada kõigile Eesti inimestele nende vajadustele ja võimetele vastavad õpivõimalused kogu elukaare jooksul ning isiksusena väärika eneseteostuse võimalused ühiskonnas, töö- ja pereelus.

5. ARENGUKAVA ELLUVIIMINE

Erihoolekande arengukavas sisalduvad eesmärgid aastani 2020. Tegevused aastate kaupa esitatakse rakendusplaanis, kus on kajastatud elluviidavad tegevused, vastutajad ja ressursid. Tegevuste elluviimist jälgitakse iga-aastase aruandluse raames, vajaduse korral tehakse muudatused või täiendused.

Arengukava elluviimiseks luuakse kaks organit: arengukava rakendamise juhtgrupp ja arengukava rakendamise kontrollgrupp.

Arengukava rakendamise juhtgrupp moodustatakse ministri käskkirjaga. Selle koosseisu kuulujad vastutavad rakendusplaanis elluviidavate tegevuste eest või on nende tegevustega otseselt ja tihedalt seotud.

Arengukava tervikliku elluviimise eest vastutab ja tööd koordineerib Sotsiaalministeerium. Oluline roll arengukavas seatud eesmärgi saavutamisel on Haridus- ja Teadusministeeriumil, Justiitsministeeriumil, Majandus- ja Kommunikatsiooniministeeriumil, Siseministeeriumil, Sotsiaalkindlustusametil, Eesti Töötukassal ja SA-I Kutsekoda.

Rakendusplaani elluviimisel tehakse koostööd järgmiste partneritega: Eesti Vabariigi õiguskantsler, Eesti Töötukassa, Eesti Linnade Liit, Eesti Maaomavalitsuste Liit, Eesti Puuetega Inimeste Koda, Erihoolekandeteenuste Pakkujate Liit, Eesti Rehabilitatsiooniasutuste Liit, Hoolekande Ekspertiisi- ja Nõustamiskeskus, Eesti Psühhosotsiaalse Rehabilitatsiooni Ühing, Eesti Hooldajate Liit, Eesti Omastehooldus, Eesti Patsientide Ühing, Eesti Sotsiaalasutuste Juhtide Nõukoda, AS Hoolekandeteenused, Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskus.

Arengukava rakendamise kontrollgrupi ülesanne on monitoorida, et juhtgrupi poolt väljatöötatavad lahendused on kooskõlas puuetega inimeste õiguste konventsiooniga ja järgivad deinstitutionaliseerimise põhimõtteid, ning juhtida juhtgrupi tähelepanu mittevastavustele. Kontrollgrupp annab nõu ja juhendab juhtgruppi lahenduste väljatöötamisel.

Kontrollgrupiks on loodav puudega inimeste õiguste komitee.

6. RAKENDUSPLAAN

„Erihoolekande arengukava 2014–2020“ rakendusplaanis on kajastatud sel perioodil elluviidavad tegevused, nende aeg, kaas- ja põhivastutajad ning ressurside allikad. Kogu arengukava elluviimise eest vastutab Sotsiaalministeerium. Kaasatud ministeeriumid ja organisatsioonid, kes on kooskõlastanud oma vastutusalas olevad tegevused, vastutavad ka nende elluviimise eest.

Rakendusplaani ressursid Sotsiaalministeeriumi haldusalas on planeeritud riigieelarvest ja riigi eelarvestrateegiast, Euroopa Sotsiaalfondi ja Euroopa Regionaalfondi programmide ning teistest välisvahenditest. Hasartmängumaksu Nõukogu kaudu toetatakse erihoolekande arengukava strateegiliste eesmärkidega kooskõlas olevaid kodanikuühiskonna ja MTÜde algatusi.

Tegevused, mille puhul on ressursi allikana märgitud vastutava asutuse tegevuskulud, ei too kaasa vajadust täiendavate ressursside järele, vaid need teostatakse olemasoleva personalikulu raames.

Erihoolekande arengukava rakendusplaani detailsem maksumuse prognoos täpsustatakse iga-aastase riigi eelarvestrateegia koostamise järel.

LISAD

Lisa 1. Deinstitutionaliseerimisega seotud olulised mõisted

Euroopa deinstitutionaliseerimise eksperdigrupp (EEG)⁵⁹ on lahti seletanud nii deinstitutionaliseerimise kui institutsiooni mõiste.⁶⁰

Institutsioon on EEG järgi igasugune majutusega teenus⁶¹, kus:

- 1) elanikud elavad isoleeritult laiemast kogukonnast ja/või on sunnitud elama koos;
- 2) elanikel puudub piisav kontroll oma elu ja otsuste üle, mis neid puudutavad;
- 3) organisatsiooni/teenuseosutaja nõuded on olulisemad kui elanike individuaalsed vajadused.

Ehkki EEG definitsiooni raskuskeske on institutsionaalse kultuuri olemasolul ning ei esitata konkreetset elanike arvu vm arvulist näitajat, mis annaks aluse lahterdada organisatsioonid institutsiooniks või mitte, tuuakse kooselavate inimeste arv olulise suurusena siiski esile. Väiksema arvu inimeste kooselamine võimaldab suurema tõenäosusega individuaalset lähenemist ja individuaalseid valikuid, mille puudumine on EEG järgi üks institutsiooni kolmest tunnusest. Kindlasti ei garanteeri väikeses grupis majutamine institutsiooni mittetekkimist ning eeskätt tuleb lähtuda kolmest eeltoodud institutsiooni määratlusest.

Mitmed riigid on lisaks kehtestanud ka kriteeriumid kooselavate gruppide suurusele ja eluasemele, kus teenust pakutakse.

Deinstitutionaliseerimine on EEG järgi protsess, mis sisaldab:

- 1) kõrge kvaliteediga, isikukesksete, kogukonnapõhiste teenuste arendamist, mille eesmärk on ennetada inimese institutsiooni sattumist. Kogukonnas pakutavate, kvaliteetsete ja isikukesksete teenuste rahastamise tagamiseks suunatakse institutsioonides pakutavate teenuste rahastus kogukonnas pakutavate teenuste rahastamisse;
- 2) nende institutsioonide sulgemist, kus psüühilise erivajadusega täisealised elavad eraldatuna ühiskonnast/kogukonnast ning kus teenuste osutamine ei vasta inimeste vajadustele ega võimalda inimesel realiseerida oma inimõigusi;
- 3) avalike teenuste, nagu hariduse, koolituse, töötamise, eluaseme, tervishoiu ja transpordi võimaldamist psüühilise erivajadusega täisealistele.

Kogukonnapõhised teenused hõlmavad EEG järgi laia teenuste spektrit, mis võimaldab täisealisel inimesel elada kogukonnas ja lastel kasvada üles pere keskel, mitte institutsioonis. Kogukonnapõhised teenused sisaldavad avalikke teenuseid nagu eluase, tervishoid, haridus, tööteenused, kultuur ja vaba aeg, mis peaksid olema kättesaadavad kõigile olenemata erivajadusest või abivajaduse tasemest. Kogukonnapõhised teenused viitavad ka spetsiaalsete teenuste, nagu isikliku abistaja, intervallteenus jt järele.

⁵⁹ European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care

⁶⁰ 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/>

European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care (2012). Toolkit on the Use of European Union Funds for the Transition from Institutional to Community-based Care.

<http://deinstitutionalisationguide.eu/>

⁶¹ Inglisekeeles *residential care*

Lisa 2. Erihoolekande deinstitutsionaliseerimise suunad ja kaasnevad mõjud Eestile

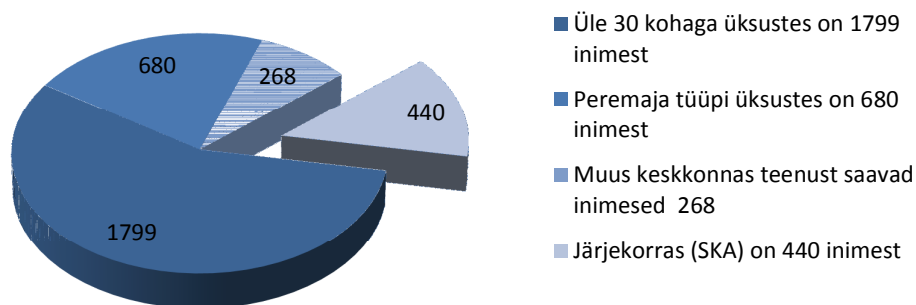
Psüühilise erivajadusega inimestel on vajadus privaatse ja koduse eluruumi järele. Samas on neil esmalt vajalik kohaneda tegevustega oma üksuse piirides, seejärel selle läheduses, et hiljem ise aktiivsemalt kasutada sealseid tegevusvõimalusi. Erihoolekandeteenuste deinstitutsionaliseerimise kaugem eesmärk on pakkuda suuremat osa teenuseid väljaspool institutsionaalset hooldust. Eesti kui üks kõige suuremate institutsioonidega riik peab läbima üleminekuperioodi, et asutuses elama harjunud inimestel oleks aega kohaneda iseseisvama elustiiliga, ning suurendama ühiskonna teadlikkust ja sallivust psüühilise erivajadusega isikutele kogukonnas teenuste osutamiseks. Selleks on Eesti valinud eelmise reorganiseerimisperioodi vältel vaheetapiks peremajad ja hoolekandekülad. Uuel struktuurivahendite perioodil keskendutakse väiksemate kui 30-kohaliste teenuseüksuste loomisele ja kohandamisele ning kogukonnapõhiste teenuste arendamisele. Jätkuvalt on oluline kesksete asulate lähedus ning avalike ja kogukonna teenuste olemasolu, samuti olemasoleva taristu seisukord, selle korrastamise või asutuse ümberkorraldamise vajadus.

Aastal 2014 osutatakse üle 30-kohalistes teenuseüksustes ööpäevaringset erihooldusteenust 1799 isikule. Aastaks 2023 peaks üle 30 teenusekohaga asutustes elama vähem kui 170 inimest ning muud teenuseüksused reorganiseeritakse väiksemateks üksusteks või viiakse üle väiksematele pindadele (korterid, ridaelamud). Planeeritud teenusekohtadel saavad psüühilise erivajadusega inimesed elada inimväärtetes elutingimustes, olla iseseisvamad enda elu puudutavates otsustes ja elukorralduslikes küsimustes. Neil on võimalik kasutada kogukonnas olemasolevaid või meetme raames loodavaid tegevusvõimalusi (nt päeva- ja töökeskused) ning kättesaadavaid avalikke ja elutähtsaid teenuseid (nt eriarstiabi, kauplused, apteek). Uutes üksustes on võimalikult tavapärased elutingimused, mis tagavad privaatsuse ja suurema personaalse tähelepanu ning individuaalse lähenemise. Teenusekohad luuakse peamiselt suuremate asulate vahetusse lähedusse, mis annab võimaluse klientide igapäevased tegevused siduda kohaliku kogukonnaga. Suurematesse asutustesse 170 teenusekohale on planeeritud jääma kohtumääruse alusel teenuseid saavad isikud, ebastabiilse remissiooniga psüühikahäirega ja raskema hooldusvajadusega inimesed.

Toetavate teenuste osas toimub teenusesaajate ringi laienemine, mis võimaldab praegu kodus elavate ja kõrvalabi toel toimetulevate inimeste tervisliku seisundi toetamist selliselt, et ennetatakse nende vajadust ööpäevaringse teenuse järele. Perede hoolduskoormuse vähendamiseks pakutakse uuena päevahoiuteenuseid ning suurendatakse muude tugiteenuste mahtu (sotsiaaltransport, tugiisik, isiklik abistaja).

Joonis 5. Ööpäevaringset teenust saavate isikute arv 01.06.2014

Ööpäevaringsel teenusel on juuni 2014 seisuga kokku 2747 isikut

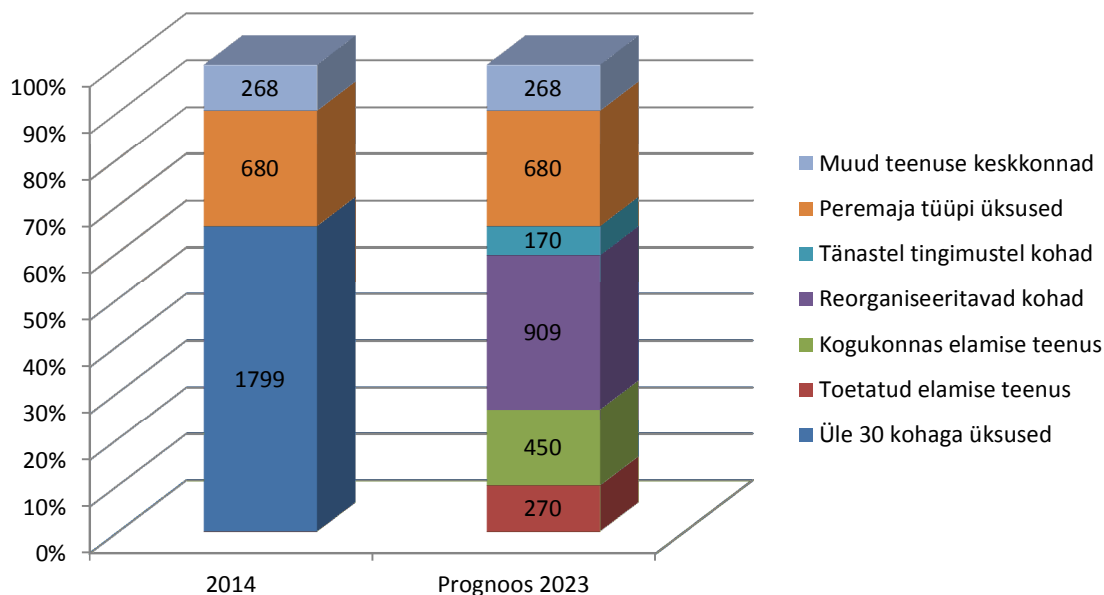


Allikas: Sotsiaalministeerium, SKA materjalid

Joonisel 6 on esitatud teenusepakkumise struktuuris toimuvad muutused, mis eelkõige seisnevad suurte, üle 30-kohaliste üksuste reorganiseerimises ning iseseisvamat elukorraldust võimaldavate ja teiste toetavate teenuste osakaalu suurenemises.

Joonis 6. Ööpäevaringse teenuste struktuuri planeeritavad muutused aastatel 2014–2023

2014 vs 2023 (prognoos)



Allikas: Sotsiaalministeerium, SKA materjalid

Deinstitutionaliseerimisega kaasnevatest positiivsetest mõjudest võib välja tuua tööhõive suurenemise: kui ööpäevaringse teenuse osutamine toimub väiksemates asutustes, tekib suurem vajadus tegevusjuhendajate järele, mis aitab kaasa piirkondlikule tööhõive kasvule.

Positiivne on kvaliteetsete teenuste kättesaadavuse suurenemine ja seeläbi perekonna koormuse vähenemine perekonnaliikmete tööhõive parandamisel. Ööpäevaringset teenust vajavate inimeste järjekorra kaotamisega väheneb hoolduskoormus 444 perekonnal. Mõjuna võib arvestada keskmiseks töötasuks miinimumpalga ning eeldada, et selle kaudu laekub maksude näol riigile igal aastal täiendavad $176,23 \times 444 \times 12 = 1$ mln eurot.

Aastatel 2014–2020 võib arvestada ka sellega, et osa teenuseid saab toetust EL struktuurifondidest töövõimereformi kaudu: töötamise toetamise, kaitstud töö ning päevahoiuteenuse katsetamine ja arendamine saavad vähemalt osaliselt kaetud välisvahenditest, vähendades neil aastatel survet riigieelarvele.

Lisa 3. Arengukava koostamises osalejad

Täname kõiki asutusi ja organisatsioone, kes andsid oma panuse arengukava koostamisse. Koostamises osalesid (tähestiku järjekorras):

1. AS Hoolekandeteenused
2. AS Lõuna-Eesti Hooldekeskus
3. Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskus
4. Eesti Hooldajate Liit
5. Eesti Linnade Liit
6. Eesti Maaomavalitsuste Liit
7. Eesti Patsientide Esindusühing
8. Eesti Psühhosotsiaalse Rehabilitatsiooni Ühing
9. Eesti Puuetega Inimeste Koda
10. Erihoolekandeteenuste Pakkujate Liit
11. Eesti Sotsiaalasutuste Juhtide Nõukoda
12. Haridus- ja Teadusministeerium
13. Hoolekande Ekspertiisi- ja Nõustamiskeskus
14. Justiitsministeerium
15. MTÜ HENK
16. MTÜ Iseseisev Elu
17. OÜ Pariisi Erihoolduskeskus
18. Rahandusministeerium
19. Tallinna Ülikool
20. Tartu Ülikooli Pärnu Kolledž
21. Tervise Arengu Instituut
22. Töötukassa
23. Sotsiaalkindlustusamet

KASUTATUD ALLIKAD

Alonso, J., Angermeyer, M., Bernert, S. et al. (2004). Use of Mental Health Services in Europe: Results from the European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. *Acta Psychiatr Scand*; 109 (suppl 420): 47-54.

Euroopa Liidu Nõukogu (2010). Euroopa vabatahtlik sotsiaalteenuste kvaliteediraamistik.
http://equass.ee/public/Sotsiaalteenuste_vabatahtlik_kvaliteediraamistik.pdf

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/>

European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care (2012). Toolkit on the Use of European Union Funds for the Transition from Institutional to Community-based Care.
<http://deinstitutionalisationguide.eu/>

Hanga, K., Maas, H., Sömer-Kull, S., Schultz, G. (2013). Sotsiaalse rehabilitatsiooni, tehniliste abivahendite ja erihoolekande korralduse analüüs. Eesti Puuetega Inimeste Koda.
http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/TVK/Uuringud_anal%C3%BC%C3%BCsid_ja_rahvusvahelised_kogemused/EPIK_analu%CC%88u%CC%88s_Sotsiaalse_rehabilitatsiooni_2c_tehniliste_abivahendite_ja_erihoolekande_korralduse_analu%CC%88u%CC%88s_2013.pdf

Kokk, P., Kurves, T. (2006). Riiklike erihoolekandetasutuste ja -teenuste reorganiseerimise kava. Sotsiaalministeerium.
http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/puudega_inimestele/Erihoolekandeteenused/Riiklike_erihoolekandetasutuste_ja_-teenuste_reorganiseerimise_kava.pdf

Kruuse, K., Otsa, M. (2014). Uuring vaimupuudega noorte osalemisest tööturul. OÜ InCase.
<http://www.erinevusrikastab.ee/files/Tulemused.pdf>

Mansell J., Knapp, M., Beadle-Brown, J., Beecham, J. (2007). Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study. Volume 2: Main Report. Canterbury: Tizard Centre, University of Kent.
<http://inclusion-europe.org/en/projects/past-projects/decloc-report>

Paavel, V., Kõrgesaar, J., Sarjas, A., Sömer, S., Vasar, V. (2000/2001). Psüühilise erivajadusega inimeste hoolekanne Eestis.
http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/puudega_inimestele/Erihoolekandeteenused/K%C3%A4siraamat_Ps%C3%BC%C3%BChilise_erivajadusega_inimeste_hoolekanne_Eestis.pdf

Puuetega inimeste õiguste konventsioon. <https://www.riigiteataja.ee/akt/204042012005>

Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse Keskus (2000/2001). Psüühilise erivajadusega inimestele riikliku hoolekande teenuseid osutavate asutuste erialalis-juhtimisel audid.

Rahvusvaheline haiguste klassifikaator RHK-10. Psüühika- ja käitumishäired
<http://www.kliinikum.ee/psyhhaatrikliinik/lisad/ravi/RHK/RHK10-FR17.htm>

Riigikontroll (2008). Riigi tegevus psüühiliste erivajadustega isikute riikliku hoolekande korraldamisel.

<http://www.riigikontroll.ee/tabid/215/Audit/2025/WorkerTab/Audit/WorkerId/30/language/et-EE/Default.aspx>

Roheline raamat. Elanikkonna vaimse tervise parandamine. Euroopa Liidu vaimse tervise strateogia väljatöötamine. Brüssel 14.10.2005. KOM(2005) 484 lõplik.
http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_et.pdf

Soo, K., RAKE, Linno, T. (2009). Puuetega inimeste ja nende pereliikmete hoolduskoormuse uuring. SaarPoll OÜ, Tartu Ülikool, Sotsiaalministeerium.
http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/kogumik/PIU2009_loppraport.pdf

Sotsiaalhoolekande seadus (1995). Riigi Teataja.

Sotsiaalministeeriumi arengukava 2014–2017. <http://www.sm.ee/nc/meie/eesmargid-ja-nende-taitmine/ministeeriumi-arengukava.html?cid=90&did=10312&sechash=11b951f2>

Sotsiaalministeerium. Erihoolduse arendamise programm; alused ja põhisuunad aastateks 1998–2000. Kinnitatud sotsiaalministri 30. septembri 1998. a käskkirjaga nr 232. Käsikiri, Sotsiaalministeeriumi arhiiv.

TAI elektrooniline andmebaas.
<http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/Temp/PKH1201436523352.xls>

Tallinna Tehnikaülikool (2014). Uuring vaimupuudega noorte osalemisest tööturul.
<http://www.erinevusrikastab.ee/files/Tulemused.pdf>

Tõnisson, U., Salumaa, M., Klaassen, A. (2011). Probleemse käitumise ja juhendamise hea tava käsiraamat. MTÜ Hoolekande Ekspertiisi- ja Nõustamiskeskus.
http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/puudega_inimestele/Erihoolekandeteenused/Probleemse_k%C3%A4itumise_ennetamise_ja_juhendamise_hea_tava_k%C3%A4siraamat.pdf

Unukainen, T., Mürsepp, L. (2013). Kohtu määratava ööpäevaringse erihooldusteenuse analüüs. AS Hoolekandeteenused.

http://www.hoolekandeteenused.ee/media/valisveeb/Dokumendid/Vaelisveeb_-_rubriiki_arvamused_ja_analuesid/20130722_OK_teenuse_analyys_HKT.pdf

Vabariigi Valitsuse 29. jaanuari 2009. a määrus nr 20. Erihoolekandeteenuste maksimaalsed maksumused, kulude koostisosad ja riigieelarvest makstava tasu maksmise täpsemad tingimused ja kord. <https://www.riigiteataja.ee/akt/129122013016>

Vahopski, R., Lauri, M. jt (2014). [Töövõimetoetuse seaduse mõjuanalüüs – eelhindamine](#). Saar Poll OÜ, Euroopa Sotsiaalfond, Sotsiaalministeerium.

http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/TVK/Uuringud_anal%C3%BC%C3%BCsid_ja_rahvusvahelised_kogemused/TVK_SEmojuanalyys_EESSONAGA.pdf

Õiguskantsleri Kantselei (2011). Ülevaade õiguskantsleri 2011. aasta prioriteetide täitmisest. http://oiguskantsler.ee/sites/default/files/ylevaade_prioriteetide_taitmisest_2011.pdf

Wittchen HU, Jacobi F: Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, Volume 15 (2005), Number 4, pp. 357-376.