

HIND 3,75 €

NR 3/2020

ISSN 1406-8826

Sotsiaaltöö

SOTSIAALTÖÖ JA SOTSIAALPOLIITIKA ERIALAAJAKIRI

Integreeritud teenused
eri sihtrühmadele

Elude päästmine võrgustikutööna

RFK metoodika ja selle
kasutamise võimalused

Lastekaitsetöö COVID-19
pandeemia ajal Eestis

Kelle poole pöördub abi
saamiseks Eesti 100-aastane?

Ajakiri Sotsiaaltöö aitab kaasa sotsiaalvaldkonna töötajate professionaalsele arengule ja silmaringi laiendamisele. Tervise Arengu Instituudi ja Sotsiaalministeeriumi väljaantavast ajakirjast saab lugeda uurimistulemusi ja teoreetilisi ülevaateid sotsiaaltööst ning sotsiaalpoliitikast; kogemuslikke, nõuandvaid ja informatiivseid artikleid, mis on toeks kõigile, kes puutuvad kokku sotsiaaltöoga.

Sotsiaaltöö paberajakiri ilmub neli korda aastas: veebruaris, mais, septembris ja detsembris. Tiraaž 1000 eksemplari. Ilmub 1997. aastast.

Loe artikleid veebis!

Artikleid saab lugeda veebis Sotsiaaltöö lehel www.tai.ee/sotsiaaltöö.

Liitu uudiskirjaga!

Telli tasuta e-uudiskiri, mis sisaldab ajakirja ja valdkonna olulisemaid uudised, värsked ülevaateid, veebiartikleid ja sündmusi. Uudiskirjaga liitumiseks täida vorm veebilehel www.tai.ee/sotsiaaltöö.

Telli ajakiri!

Tellimuse saab vormistada:

- veebilehel www.tai.ee/sotsiaaltöö
- veebilehel www.minuajakirjandus.ee
- postkontorites üle Eesti

Üksiknumbreid saab tellida toimetusest ja osta raamatukauplusest Krisostomus (Raekoja plats 11, Tartu).

Toimetuse kolleegium

Zsolt Bugarszki, Hans van Ewijk, Mailiis Kaljula, Riina Kiik, Eike Käsi, Eve Liblik, Valter Parve, Riho Rahuoja, Marju Selg, Hede Sinisaar, Judit Strömpl, Piret Tamme, Häli Tarum, Karmen Toros, Taimi Tulva.

Toimetus

Vastutav toimetaja: Regina Lind

Toimetaja: Meelike Tammemägi

Kaastoimetajad: Signe Väljataga, Meeli Müüripeal

Kontakt: Tervise Arengu Instituut, Hiiu 42, 11619 Tallinn

Tel 659 3931, e-post ajakiri@tai.ee

Trükk: Trükiteenused OÜ



Tervise Arengu Instituut
National Institute for Health Development



SOTSIAALMINISTEERIUM

SISUKORD

Eessõna

Rait Kuuse	2
------------------	---

Persoon

Aasta sotsiaaltöötaja Väino Maasalu: „Püüan olla eeskujuks kogukonnas ja oma lastele” Kadri Kuulpak	3
---	---

Sotsiaaltöö korraldus

Uue ohvriabi seaduse poole Kristiina Luht	9
---	---

Sotsiaalpoliitika

COVID kui võimaluste aken pikaajalise hoolduse reformile Anu Toots, Raul Malmstein	15
Teekond inimesekeskse teenusepakkumise suunas Gerli Aavik-Märtmaa	23

Kohalik omavalitsus

Valdkondade loimimise head kogemused Elva vallas Marika Saar	29
--	----

Teenuste integratsioon

Insuldipatsiendi raviteekond muutub sujuvamaks Kitty Kubo	33
Pilootprojekt PAIK – koostöö patsiendi heaks Kadri Oras, Svea Seidla	38
Elude päästmine võrgustikutöös MARACi abil Hannaliisa Uusma, Madli Raudkivi, Anne Klaar	41
Laste ja noorte ennetav abistamine Kiira Gornischeff, Enelis Linnas, Kirsika Aas, Margarita Ingel, Kristi Loide, Laura Kane, Taimi Nilson, Simone Epro, Sandra Sutting	48

Integreeritud tugiteenused lastele – esimene tagasiside pilootprojektile

Eva Liina Kliiman, Alice Juurik, Marge Hindriks	53
Allakäigutrepist üles – ühisel nõul ja ühisel jõul Marju Metsaots	56
Noorte osaluse ja koostöö toetamise kogemused Tallinna noorsootöös Jaan Aps, Aune Lillemets, Carmen Akkermann	60

Metoodika

Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime klassifikatsioon Karin Hanga	65
Kuidas liigume edasi RFK metoodikaga? Gerli Aavik-Märtmaa	74
Lipusüsteem – juhend laste ja noorte seksuaalkäitumise hindamiseks ja sellele reageerimiseks Liana Rumvolt	77

Uurimus

Lastekaitsetöö COVID-19 pandeemia ajal Eestis Karmen Toros, Asgeir Falch-Eriksen	82
Töövõimereformi võimalused ja kitsaskohad Anne Klettenberg	88
Kommentaar: Sabina Trankmann	95

Eelretsenseeritud artikkel

Kelle poole pöördub abi saamiseks Eesti 100-aastane? Mare Ainsaar, Indrek Soidla, Epp Sepp, Siiri Kõljalg, Jelena Štšepetova, Tiiu Rööp, Imbi Smidt, Helgi Kolk, Marika Mikelsaar, Reet Mändar	97
---	----

EESSÕNA

Hea lugeja, kolleeg ja praktik!

Sotsiaaltööle on iseloomulik avatus ja valmidus teha koostööd inimeste heaolu nimel. Hea sotsiaaltöötaja suudab inimese enda tugevustele lisaks leida ja kasutada eri võimalusi inimest ümbritsevas keskkonnas ning koostöövõrgustikus. See on vajalik oskus, sest inimese heaolu sõltub erisugustest, tihtipeale väga individuaalsetest asjaoludest.

Viimastel aastatel oleme ministeeriumis algatanud palju katseprojekte, et elavdada sotsiaaltöö praktikat. Neil on alati olnud suur osa eri asjaosaliste tegevuste koordineerimisel. Samas, tulemusi hinnates, peame sageli nentima, et kui kõik asjaosalised oleksid oma töö algusest lõpuni korralikult ära teinud, siis ei oleks olnud ka probleemi, mida lahendada. Miks on koostöö sedavõrd raske? Küllap saab kõik alguse üksteise tegevuse mõistmisest ning ka oskusest pöimida neid terviklahenduseks. Liialt palju räägitakse inimeste aitamisest teenuste osutamise võtmes. Minule tundub, et mõiste *teenus* lihtsustatud kasutamine on muutnud meid liialt tehnokraatlikeks ja paindumatuteks. Koostöö keskmes ei ole enam inimene, vaid eri teenuste algus ja lõpp.

Juhtub ka nii, et probleemi mõistavad kõik asjaosalised, kuid lahendus sünnib ikkagi visalt. Selle ilmekaks näiteks on lugu, millega puutusin kokku sellesuvisel nädalasel praktil, mida olen ette võtnud kolmel viimasel aastal, et näha lähedalt omavalitsuste sotsiaaltööd. Abi vajava inimese korteri põrandas oli ruutmeetrine auk, mille parandamine eri asjaosaliste mõistmatuse tõttu arusaamatult venis, kuigi kõik eeldused kiireks lahenduseks olid olemas. Selliseid lahendust ootavaid „auke” on meie elu ja tõine praktika paraku täis.

Sotsiaalministeerium on sotsiaalpoliitika kujundamisel küllalt sageli „joonistanud üle piiride”. Selleks, et lahendada eluasemega seotud küsimusi, tuleb tegeleda eluasemepoliitika kujundamisega, inimeste liikuma saamiseks on tarvis koostööd transpordi korraldajatega, sisseostude tegemiseks peab kaubandusvõrk laiendama kojukannet hajaasustusega piirkondades, ligipääsetavuse edendamiseks tuleb planeeringute koostajatel ja projekteerijatel võtta arvesse inimeste vajadusi kogu elukaare jooksul.

Küsimus on enamasti eestvedamises – kui probleemil on n-ö selge omanik, siis tekivad ka lahendused. Kes teaks sotsiaaltöötajast paremini inimese vajadusi ja oskaks neid vajadusi tõlkida „üle piiride”? Mitte miski ei takista meil olla eestvedaja rollis. Ka siis, kui esmapilgul tundub, et lahenduse võiks leida keegi teine.



Küllap on käes aeg seada veelgi enam nii sotsiaaltöö praktikas kui ka üldises arutelus esikohale inimeste heaolu, milles on ühendatud kõigi asjaosaliste panus. See lähtekoht aitab lahendada meie koostööprobleeme palju kergemini.

Rait Kuuse

Sotsiaalministeeriumi sotsiaalala asekancler



Foto: Merle Beljæev

Väino Maasalu: „Püüan olla eeskujuks kogukonnas ja oma lastele”



Kadri Kuulpak

Õhtulehe ajakirjanik

Tartu Ülikooli sotsiaaltöö ja sotsiaalpoliitika eriala magistrant

Eesti Sotsiaaltöö Assotsiatsioon valis aasta sotsiaaltöötajaks Kohila valla sotsiaalnõuniku Väino Maasalu. Ta nimetab 3000 elanikuga paikkonnas töötamise eeliseks seda, et keegi ei jää oma murega märkamatuks.

Sotsiaaltöötaja roll on maakogukonnas väga tähtis. Tuleb olla eeskujuks ja valmis selleks, et ka poes kurdetakse oma

muresid. „Tunnen ennast kogukonna osana, teisiti ei saagi seda tööd teha,” ütleb Väino Maasalu.

Mida tähendab Teile tunnustus „Aasta sotsiaaltöötaja”?

See oli äärmiselt ootamatu. Ma pole kunagi teinud tööd tunnustuse pärast. See oli kindlasti liigutav, sain signaali, et mu tegemisi on märgatud. Olen püüdnud lihtsalt teha oma igapäevatööd võimalikult hästi.

Leian, et sotsiaaltööd ühiskonnas eriti ei märgata ega tunnustata. Kuidas Teile tundub?

Mulle tundub, et tunnustatakse üha rohkem. Ametisolev president [Kersti Kaljulaid – autor] on sotsiaalsfääri ja pehmema poole inimesi esile tõstnud. Arvan, et suhtumine on hakanud muutuma, sotsiaaltöötajaid küll tunnustatakse, aga mitte piisavalt.

Mis on sotsiaaltöötajale kõige suurem tunnustus?

Seda on keeruline öelda. Rõõmustab, kui inimene on rahul. Väga sageli aitäh ei öelda, aga kui näed, et probleem laheneb, keegi saab õnnelikumaks, on see kõige suurem tunnustus.

Sotsiaalvaldkonnas ei tööta kuigi palju mehi. Kuidas Teie sellesse ametisse sattusite?

Gümnaasiumi lõpus ei teadnud ma, mida edasi õppida. Kaalusin ajakirjandust. Tahtsin saada spordireporteriks. Siis aga otsustas mu sõbranna minna sotsiaaltööd õppima. Parasjagu ehitati meie kodukanti Hagerisse hooldekodu. See tundus huvitav ja mõtlesin, et hooldekodus võiks kunagi tööd saada. Otsustasin kandideerida ja läks nii, et sõbranna sisse ei saanud, aga mina sain.

Kas õppides või töötades on olnud mõni otsustav hetk, kui tekkis äratundmine, et sotsiaaltöö ongi minu õige ala?

Ma ei ole eriala valikut siiani kahetsenud.

Järelikult tekkis kohe äratundmine, et see on minu valdkond.

Missugused isikuomadused teevad Teist hea sotsiaaltöötaja?

Arvan, et suudan inimesed ära kuulata. Ma ei lähe kergesti endast välja. Gümnaasiumis oli meil lisaaine psühholoogia, mis oli mu lemmik. Inimesest aru saamine ja tema tunnetamine on olnud mu tugev külg.

Kuidas inimest ära kuulata?

Inimesel tuleb lasta end tühjaks rääkida. Oma klienti tundmata ei saa talle ka head lahendust pakkuda.

Millele töötades toetute: õpikutarkusele, töökogemusele ...?

Eks teooriad ja lähtenurgad muutu. Toetun heas mõttes kõhutundele. Olen ju aastaid sel alal töötanud ja tunnetus, mis toimib, mis mitte, on mul juba olemas.

Palun rääkige oma tööst: missuguste inimeste ja probleemidega kokku puutute?

Kohila vallas tegeleb sotsiaaltööga kolm inimest, minule lisaks ka lastekaitse spetsialist ja sotsiaaltöö spetsialist. Vahepeal töötasin ükski. Lastekaitsetöö ei ole enam minu haldusalas ja nüüd tegelen töötutega, hooldust vajavate inimestega, eakatega ning sotsiaaleluruumi või toetusi vajavate inimestega.

Ametinimetuselt olen sotsiaalnõunik, aga see ei tähenda, et ma n-ö põllul ei käiks. Mul on endiselt palju kokkupuuteid klientide ja nende kodudega.

Töotate Kohilas 2002. aastast. Kuidas on sotsiaaltöö selle aja jooksul muutunud?

Kindlasti on tekkinud rohkem võimalusi. Näiteks toona ei olnud sotsiaaltransporti. Praegu saame ratastoolis inimesi ja eakaid transportida, kuhu vaja. 18 aastat tagasi

pidime kõik sõidud tegema oma isikliku autoga. Vajadus sotsiaalsõiduri järele oli tol ajal ka, aga polnud head lahendust. Raha on valdkonda juurde tulnud.

Kas inimeste probleemid on ka kuidagi muutunud?

Viimasel ajal on järjest enam probleeme süveneva dementsusega eakatel. Kes ja kuidas peaks neile selgeks tegema, millal on näiteks õige aeg lõpetada auto juhtimine või millal ja mis abi neile üldse pakkuda? Kuidas aidata lähedastel toime tulla oma eakaga, kel on dementsus? Eakate ja nende omaste nõustamine on pea kõikjal üsna puudulik. Laste, perede ja tööealistega tegeldakse kindlasti rohkem.

Palju on peresid, kes on hädas eaka hooldekodusse paigutamisega. Nad on tõesti SOS-olukorras, sest majanduslikult pole võimalik hooldekodukoha eest tasuda, aga siiski oleme lahenduse leidnud. Hea tunne on näha siirast rõõmu eaka lähedase silmis. Peresuhted ja laste jagamine käib mõnikord üle mõistuse. Inimesed on justkui hulluks läinud. Omavahel ei suudeta kokku leppida. See on nii kurb, kui kaks täiskasvanut inimest ei suuda kokku leppida oma laste suhtes, kellele tegelikult soovitakse ju head. Vaieldakse, käiakse kohut, solgutatakse lapsi siia-sinna, kokkuvõttes teeb see lastele halba. See muutub järjest hullemaks.

Kuidas sellises olukorras inimesi aidata?

See on äärmiselt keeruline. Esmalt tuleb nad ära kuulata ja neile oma arusaama selgitada. Pidevalt tuleb rõhutada, kelle pärast kokku tuldi ja kelle nimel üritatakse lahendust leida. Peab meelde tuletama, et lapse heaolu tuleb seada esikohale. Tihti lähevad sellised lood kohtusse, aga mõne olukorra oleme lahendanud ka lauaga istudes. Kõik sõltub inimese kangekaelsusest või intelligentsusest.

Kas kõiki inimesi on võimalik aidata?

Kui inimene abi tahab, siis saab teda aidata. Kui ta aga, nui neljaks, abi vastu ei võta, siis mitte. Esimese töise õppetunni sain oma esimeses töökohas Tallinna Laste Turvakeskuses. Juhataja saatis mind, noort sotsiaalpedagoogi, üht ema rongile panema. Pidin talle pileti ostma. Tegin seda ja rongile see ema Balti jaamast läks. Kahjuks ei oodanud ma ära rongi väljumist. Ema sihtkohta ei jõudnud ja piletiraha vahetas alkoholi vastu. Suurte kogemustega juhataja ei tahtnud uskuda, et ma nii usaldav ja naiivne olin. Sain edasiseks tööeluks õppetunni – usalda, aga kontrolli. Tahaksin ikka uskuda, et inimesed on ilusad ja head, aga alati see nii paraku ei ole.

Tuleb olla inimene, kelle juurde tahetakse tulla, aga mitte selline, keda kutsutakse hüüdnimega.

Miks tekivad sellised olukorrad, et inimene ei taha abi vastu võtta?

Igal kliendil on oma ettekujutus ja versioon, mida ta tahab. Kui see ei lähe tegelike võimalustega kokku, siis ongi keeruline. Kompromissid on võimalikud, aga alati ei olda alati neid tegema. Kusagil tuleb sein ette.

Ülikoolis õpetatakse sotsiaaltöö eriala üliõpilastele, et ei tohi olla sellist suhtumist nagu ei saaks inimest üldse aidata.

Üks asi on, mida õpetatakse, teine asi on elu. Maailm ei ole mustvalge. Kõik paraku ei saa õnnelikuks ja kõik paraku ei saa pakutavaga rahul olla.

Milline peaks olema sotsiaaltöötaja ja kliendi suhe?

Ühest küljest ei saa olla liiga familiaarne, koos nutta või olla sõbramees, kes laenab raha. Teisalt ei tohi ka olla kõrge ja bürokratlik

ametnik. Tuleb leida kuldne kesktee – olla inimene, kelle juurde tahetakse tulla, aga mitte selline, keda kutsutakse hüüdnimega.

Sotsiaaltöös on oluline roll ka neil, kes märkavad raskusi teiste inimeste elus. Kui tihti Teile helistatakse ja muret tekitavatest olukordadest teada antakse?

Uskumatult vähe. Teeme üleskutseid, eriti näiteks koroonaviiruse leviku ajal kogukonnale ja külavanematele, et märgake ja andke abivajajaist teada. Aga üllatavalt paljud said hakkama kõrvalise abita. Teavitamiseks on meie külavanematel eraldi meililist, kus info levib. Teine oluline infokandja on valla leht, mis jõuab igasse postkasti. Ka seal avaldame üleskutseid.

Siiski tuleb ette juhtumeid, kus oleks saanud sekkuda palju varem. Kas inimene oleks võinud palju varem hooldekodusse minna või oleks saanud vältida tema katuse sisse varisemist. Kui märkaksime rohkem, oleks selliseid lugusid vähem.

Räägime rahast. Paljud sotsiaaltöötajad tunnevad ennast kitsena kahe heinakuhja vahel. Ühest küljest ütleb hoolekande seadus, et kedagi ei tohi jätta abita. Teisalt ei pruugi vallal olla huvi sotsiaalvaldkonda vajalikul määral rahastada. Kas ka Teie näete seda probleemi?

Eks ta ole jah nii, et riigi antud kohustustega ei tule kaasa piisavalt raha. On olukordi, kus osaleme projektis, mida rahastab Euroopa Sotsiaalfond. Projektiga läheb juba hästi, aga siis rahastus lõpeb ja sellega ka projekt. Väga kihvt asi, võtame endale üle, esialgu tuleb riigilt ja Euroopa Liidust ka raha, aga siis keetatakse kraanid kinni ja väiksem omavalitsus ei suuda kulusid enda kanda võtta.

Positiivne on aga see, et meie vald on sotsiaalvaldkonna inimesi usaldanud ja sinna panustanud, kui oleme oma vajadused ära

põhjendanud. Ei ole suhtumist, et sotsiaalvaldkond viib ainult raha välja. Volikogu ja vallavalitsus on alati sotsiaaltööd hinnanud.

Mis murekohti näete sotsiaalhoolekande korralduses?

Praegu on väga aktuaalne see, kes peab maksma eakate hoolduse eest. Kui suur on laste ja kohaliku omavalitsuse kohustus ja mis saab eaka varast. Selliste olukordade lahendamiseks oleks vaja selget regulatsiooni. Et ei oleks nii palju vaidluskohti, meediasse pöördumist ja omavalitsuse peale kaebamist. Rahastamisega seotu võiks olla riigis selgemalt korraldatud.

Lahendusi saab otsida südamega, aga seada tuleb teatud piir.

Praegu vaatame perekonnaseaduse järgi esmalt laste poole. Seejärel hindame eaka kinnisvara. Kui muid lahendusi enam ei ole, katab hoolduskulud vald. Neid inimesi on paraku küllalt palju, aga siin tuleb ka omavalitsusel lagi ette – kõiki ei saa aidata. Sellepärast toetan ka sotsiaalministri välja käidud ideed, et meil võiks olla hoolduskindlustusmaks.

Kui palju on sotsiaaltöös ennetavat sekumist? Sellist, et käimegi ühel talvel kõik üksikud eakad läbi ja vaatame, kas neil on vaibad maha kleebitud, et nad ei komistaks.

Nii just ei ole, aga meil on hea koostöö päästeametiga. Külastame koos kodusid, kus elavad üksikud inimesed ja asotsiaalse eluviisiga pered, kontrollime nende kütteseadmete korrasolekut ja suitsuandurite olemasolu. Osaleme projektis „500 kodu tuleohutuks” ja selle käigus avastab päästeamet sotsiaalselt keerulisi olukordi ja kaasab meid. Aga on ka vastupidi. Meil on

traditsioon, et 75aastased ja vanemad saavad vallalt jõuludeks kaardi ja kommikarbi. See antakse üle inimese kodus ja siis on hea võimalus näha tema olukorda.

Kas Kohilas tehakse midagi teisiti kui naabervaldades?

Oleme püüdnud olla võimalikult bürookraatiavabad. Paljudes omavalitsustes on bürookraatiat väga palju, oleme püüdnud viia seda miinimumini. Eesmärk on aidata inimest nii, et ta ei peaks raitma tohutut hulka pabereid. Mitmel pool otsustatakse sotsiaaltoetuste saamine näiteks vallavalitsuse istungil. Teistes omavalitsustes saab toetust sotsiaalkomisjoni kaudu. Minu meelest ei tohiks nii olla, sest taotlustes on palju delikaatseid isikuandmeid. Võib-olla on see praegu juba muutunud. Oleme püüdnud seda vältida ja vaatame taotlused läbi ainult oma osakonnas, et neid ei peaks edasi saatma komisjoni või vallavalitsusse.

Millise viimase aja saavutuse üle Kohilas olete uhke?

Rohkesti on kiidetud meie tervisekeskust. Vallavalitsuses on palju töötajaid vahetunud, mina veel mäletan tervisekeskuse kavandamise aega, olen selles mõttes ajaloo kandja. Esmatasandi arstiabile lisaks on tervisekeskuses füsioteraapia, ämmaemand, nõustamine, ka günekoloogi abi ja koduhooldusteenus on korraldatud selle maja kaudu. Meil on maakonna ainuke silmaarst. Kohila elanikel on nüüd kohapeal palju rohkem teenuseid.

Kohila on küllaltki väike vald. Mis on sellises kohas töötamise eelis?

See, et päris tundmatuks ei saa jääda. Tallinnas on kerge ära kaduda. Meil on 3000 elanikku, keegi ikka teab sind ja su probleemi. Päris märkamatu ja nähtamatu ei ole keegi. Teisalt võib seetõttu olla raske

minna nõustamisele. Tõenäoliselt ju tunned psühholoogi, kelle juurde pead minema. Sellisel juhul saadame inimese naabervalda.

Missugune on sotsiaaltöötaja roll väikesemas kogukonnas?

Roll on suur, oled nähtav ja pead olema eeskujuks. Teatud raamid ja diskreetsus peab olema, ei saa olla n-ö oma jope, aga ei saa ka võõras olla. Tunnen end kogukonna osana, teisiti ei saakski seda tööd teha.

Sotsiaaltöötajat teatakse, vahel tullakse isegi poes muret kurtma, aga ma ei pane seda pahaks. Teinekord tuleb ennast aga kehtestada ja öelda, et sellest räägime homme. Tead ja tunned kõiki, aga see ei väsita ja tuleb pigem kasuks.

Kas olete inimestele telefoni teel kogu aeg kättesaadav?

Põhimõtteliselt jah, aga püüan siiski töö- ja puhkeajaga lahus hoida. Kogu aeg ma telefoni vastu ei võta. Mul on mõne kliendi telefoninumber olemas ja kui tean, et võib tekkida kriitiline olukord, vastan ka vabal ajal, nädalavahetusel või puhkuse ajal. Kui öösel midagi juhtub, siis selleks on meil politsei, kiirabi ja päästetöötajad.

Abistava elukutse esindajail on suur oht läbi põleda. Kuidas seda vältida?

Sotsiaalministeerium pakub supervisiooni ja see on päris hea. Teisalt on oluline ka kollektiiv, kus saab probleeme arutada. Elu on õpetanud, et kliendi muresid ei saa hinge võtta, tuleb distantseeruda. See ei tähenda, et oleksin külm, lahendusi saab otsida südamega, aga seada tuleb teatud piir. Seni ei ole ma läbi põlenud.

Kust Te energiat ammutate?

Selleks on hobid ja pere. Laulan juba pikka aega Hageri kammerkooris Lambertus.

Kunagi tegelesin ka puhkpillimänguga, aga see on soiku jäänud. Sporti tahaks rohkem teha, aga pole aega. Suvel on peamiseks hobiks lastele rannavõrkpallis kaasa elamine. Praegu on isegi päikesekurru näos. Naudin aias nokitsemist.

Mida Te oma lastele õpetate?

Mul on kolm poega: 18-, 14- ja 12aastane. Püüan olla neile eeskujuks ja õpetada

suhtumist, et inimesi tuleb väärtustada ja hinnata, teisi ei tohi halvustada. Pojad räägivad mulle oma probleemidest. Nad sekkuvad, kui näevad hädas olevat koolikaaslast. Lastele tuleks rääkida, et inimesed ja nende võimalused on erinevad. Kodu on väljaelamiskoht, tööl hoiad nii mõndagi sordiini all, aga püüan ennast siiski ka laste ees jälgida – olla eeskuju ühest küljest nii neile kui ka kogukonnale. 



Väino Maasalu õnnitlemas 108aastast sünnipäevalast Marta Kivi

Foto: erakogu

**Kristiina Luht***ohvriabi poliitika juht, sotsiaalministeerium*

Uue ohvriabi seaduse poole

Ohvriabi eesmärk on anda kuriteo või vägivalla ohvrile piisavat ja asjakohast abi traumaga toimetulekuks, et ta suudaks parimal võimalikul moel oma eluga edasi minna.

Riiklikus ohvriabis on tehtud suuri muudatusi, korraldatud on ka uuringuid arenguvaljaduste välja selgitamiseks. 2018. aastal tehtud ohvriabi probleemide analüüsis (Luht 2018) kerkisid teravamalt esile nii sisulised kui ka tehnilised ohvriabi seadusega (OAS) seotud probleemid.

Kehtiv ohvriabi seadus

OAS võeti vastu 2003. aastal ja seda on muudetud kümneid kordi. Seetõttu on OAS kohati raskesti loetav ja mõistetav nii abivajajate, spetsialistide kui ka juristide jaoks.

Mitmed tingimused teenuste või hüvitiste saamiseks ei ole enam asjakohased või on need esitatud ebatäpselt. Nt ei ole seaduses ohvriabitöötajale esitatavaid miinimumnõudeid ja nende ülesandeid pole täpselt välja toodud. Võttes arvesse ohvriabitöötajate tähtsat rolli ja paiknemist üle riigi, on sarnase ettevalmistuse nõue ja tegevuste täpsustamine seaduses oluline.

Kohati ebaselge on ka see, millised on töötaja kohustused välismaalasest inimkaubanduse ohvri abistamisel, nt mis hetkest

tuleb hakata teenuseid pakkuma ja kui kaua peab seda tegema. Selget arusaama ei ole ka selle kohta, kuidas korraldada seksuaalset vägivalda kogenud alaealiste ja täiskasvanute abistamist. Teenuseosutajate ettevalmistuse nõuded on seaduses kohati liiga leebed või olematud. Rahaliste ja mitterahaliste hüvitiste sihtrühmad on piiratud selliselt, et väga haavatavad inimesed võivad jääda hüvitise või teenusteta.

SKA ohvriabi ja KOVi koostöö ning pakutavate teenuste omavaheline seostatus on praktikas mõnikord puudulik, juhtumikorralduslikud rollid ei ole alati selged. Mõnikord on infovahetus eri asutustega keeruline ja ohvri andmete edastamine ohvriabisse sõltub ohvri tahtest isegi kõrge riskiga juhtumite puhul, mis tähendab, et väga suur osa abist ei jõuagi ohvriteni. See on laiem vaade, aga tundub, et ohvrit oodatakse aktiivsust ja võimekust, mida tal ei pruugi trauma tagajärjel olla. Viimast probleemi ei saa OAS üksi lahendada, kuid ohvri õiguste ja andmevahetuse täpsustamine on siiski väga tähtis.

2019. aastal tööd alustanud kahes teemagrupid ning ka kohtumistel teiste ministeeriumide ja nende valdkonna asutustega jõuti järeldusele, et võttes arvesse muudatuste mahtu, seaduse raskesti mõistetavust ja asjaolu, et ohvriabi seadus peab olema kooskõlas sotsiaalseadustiku üldosa seadusega,¹ tuleks koostada seaduse uus terviktekst.

2020. aasta juuniks valmis eelnõu välja töötamiskavatsus (VTK). Muudatusplaan arutati SKA, PPA, Riigiprokuratuuri, justiitsministeeriumi, sise- ja sotsiaalministeeriumi eri osakondade töötajatega. Neid on tutvustatud lähisuhtevägivalla ekspertrühmale, inimkaubandusevastasele võrgustikule ja naiste tugikeskustele, samuti soolise võrdõiguslikkuse ja võrdse kohtlemise volinikule. VTK koostamise ajal konsulteeriti õiguskantsleri kantselei, Andmekaitse Inspeksiooni ning justiitsministeeriumiga teemal, kuidas ohver teenustele kergemini ligi pääseks. Asjaosalistega kohtuti aastatel 2019–2020 üle 30 korra.

Ohvri kohtlemise põhimõtted

OASis puuduvad erinevalt nt LastekSist ja SHSist abivajajate kohtlemise põhimõtteid ja koostööd käsitlevad sätted. Ohvri õigusi ja neid põhimõtteid käsitlevad aga mitmed rahvusvahelised kokkulepped, millega Eesti on liitunud ja mida peab ohvriabi seaduses arvesse võtma. Uuringutes (nt Espenberg jt 2017) on probleemina esile toodud ohvrite kaitse süsteemi kurjategijakesksust, kus teo toimepanijal on rohkem eeliseid kui ohvril.

Uus seadus peab tõstma selgelt esile ohvri vajadused. Eelnõus on kavas sõnastada ohvrite õiguste ja heaolu tagamise põhimõtted: nt ohvri ärakuulamise tagamine ja mõistmise pakkumine, teavitamine õigustest ja

abivõimalustest, taasohvristamise vältimine, abivajaduse ja riskide hindamine, ohvri kaasamine otsustesse ja kohtlemine teda austaval ja olukorda arvestaval moel.

Teine oluline teema on see, kuidas ohver üldse jõuab ohvriabini. Mure, et kõik vägivalla ja kuriteo ohvrid ei saa neile eluliselt vajalikke teenuseid, on väga selgelt esile toodud kuriteoohvrite õigusi ja kaitset käsitlevas uurimuses (*ibid*). Võrreldes ohvrite klastrite suurusi nende vastajate hulgaga, kes on tegelikult õiguskaitse süsteemi pakutavat abi kasutanud, selgub, et arvestatav osa inimesi, kes vajaksid näiteks ohvriabi, rahalist hüvitist või õigusabi, ei ole seda saanud. Seetõttu on vaja muuta abile ligipääs oluliselt lihtsamaks.

Uus seadus peab tõstma selgelt esile ohvri vajadused.

Ohvri õigus saada abi ei ole praegu tagatud, sest selleks tuleb kehtivate reeglite kohaselt pöörduda korduvalt – isegi siis, kui ohver läheb ise politseisse või politsei saab teada vägivallajuhtumist, st riik juba teab inimese abivajadusest, ei piisa sellest tugiteenuste saamiseks. Selle tõkke ületamiseks kasutatakse siiani perversivägivalla puhul lähisuhtevägivalla infolehte, kus ohver annab nõusoleku (või ei anna seda) oma andmete edastamiseks ohvriabisse. Kõigi teiste vägivalla ja kuriteo ohvrite puhul ei edastata infot isegi sel moel ja abiteenuste saamine sõltub ohvri aktiivsusest ja julgusest.

VTKs pakutakse välja kolm viisi, kuidas andmed SKAsse jõuavad. Ohvri õiguste tagamise seisukohtalt on eelistatuim neist automatiseeritud andmetöötlus. See

¹ Ohvriabi seadus peaks olema kujundatud kooskõlas üldosa süsteemiga ja terminoloogiaga – märkus SÜSi seletuskirjast 7.09.2015.

tähendab, et ohvriabi teavitus tehakse ohvri nõusolekust või taotlusest sõltumata. Praktika ja teadusuuringute andmed kinnitavad, et vägivalla ohvritel on raske abi paluda. See on emotsionaalselt raske ja nõuab eneseületamist, seega lisapingutust. Kui ohvriabil ei ole ohvri kohta infot, ja ohver ise ei pöördu, siis ei saa inimest aidata.

Seda, kuidas mõjutab traumakogemusega elamine inimese edasist elu, on uuritud põhjalikult. Seetõttu on oluline, et riik reageeriks adekvaatselt ja vähemalt teatud sihtrühmade puhul saaks nõustamisteenuse võimaluseks edastada andmeid automaatselt. See on kooskõlas ka sotsiaalhoolekande üldise menetluspõhimõttega. Kirjeldatud menetluskäik ei kohusta inimest, vaid annab talle toetuse või hüvitise saamise õiguse ning suurendab oluliselt soodustavate teenuste kättesaadavust. Suhtlusest või teenusest loobuda saab alati.

Teised kaks välja pakutud lahendust eeldavad nii uurimisasutuse head selgitustöö oskust kui ka ohvri aktiivsust taotluse tegemiseks või nõusoleku andmist ohvriabi nõustamisteenuse saamiseks.

Psühholoogiline abi

Psühholoogilise abi hüvitamise eelduseks on kehtiva seaduse kohaselt süüteomenetluse algatamine. Psühholoogilise vägivalla puhul aga menetlust sageli ei algatata, sest tegu ei sobi ühegi süüteo koosseisu või puuduvad tõendid. Mõnikord ei algatata menetlust ka füüsilise või seksuaalvägivalla kogemuse puhul, nt on juhtunud liiga kaua aega möödas ja seetõttu ei ole mõttekas seda enam menetleda.

Suur osa ohvritest ei pöördu politseisse ja nii on see olenemata sellest, kas tegu on füüsilise, seksuaalse või ka vaimse vägivalga (FRA 2014), nii ei teki isegi menetluse võimalust. Muret teevad lapsed, kes näevad

vägivalda pealt, kuid kelle vanema suhtes toime pandud vägivalla osas ei algatata menetlust. Seega ei laiene neile pereliikme õigus ohvriabi kaudu psühholoogilist abi saada. Kuid vägivalla või kuriteo tunnustajad võivad samuti olla väga traumeeritud.

Ohvritele psühholoogilise abi andmise süsteem muutub selgemaks, nõuded teenuseosutajatele ühtlustatakse.

Eelnõu võimaldab vajaduse korral abi süütegude tunnustajatele (eelduseks menetluses olev süütegu) ning kuriteoohvrite direktiivis nimetatud eriti haavatavatele sihtrühmadele (seksuaalvägivalla, perevägivalla ohvrid) menetluseta juhul, kui ohvriabitöötaja on hinnanud sellise abi vajaduse põhjendatuks. Abivajaduse esmahindamist tehakse endistviisi, erandina hindab lapsohvri abivajadust lastekaitsetöötaja LasteKS § 28 alusel ning seejärel suunab koostöös ohvriabitöötajaga lapse kohta, kus ta saab sobivat psühholoogilist abi.

Teine murekoht on teenuseosutajatele esitatavad nõuded. Praegu võib abistaja olla terviseametis tervishoiutöötaja või kutseregistris kliinilise psühholoogina või koolipsühholoogina registreeritud isik või psühhoterapeut, kes tegutseb füüsilisest isikust ettevõtjana või kes on töö- või võlaõiguslikus suhtes füüsilisest isikust ettevõtja või juriidilise isikuga, kellel on psühhiaatrilise eriarstiabi osutamise tegevusluba või kellele psühholoogilise nõustamise, psühhoteraapia või tugigrupi teenuse osutamine on põhikirjaliseks tegevuseks.

Kuigi kutse peaks tagama teatud kvaliteedi, ei tähenda see tingimata automaatselt võimekust või oskust töötada vägivalla ja kuriteo ohvritega. See tuleb esile 2015.

aasta justiitsministeeriumi tellitud uuringus (Rääk 2015), samuti ohvriabitöötajaid haaravast analüüsist (Luht 2018) ja suhtlusest seksuaalselt väärkoheldud lastele mõeldud SKA lastemaja töötajatega (4.02.2020). Kliinilisi psühholooge on vähe ja vahel ei soovi nad töötada raske vägivalla ohvritega, seda nii oskuste ja kogemuse puudumise kui ka sihtrühma keerukuse tõttu. Samad probleemid toob välja ka väärkoheldud lapse abistamise süsteemi analüüs (Sotsiaalministeerium 2015).

Eestis on psühhoteraapeudi kutse omandamisele seatud sellised piirid, mida mitmed teised riigid ei ole vajalikuks pidanud (nt Austria, Soome, Ungari, Iirimaa, UK, Belgia), kus on võimalik ka nt sotsiaaltöö, eripedagoogi, õpetaja, kunstiteraapia baasharidust täiendada psühhoteraapia õppimisega. Kavandatud on psühholoogilise abi osutamise lepingute sõlmimine selliste teenusepakkujatega, kelle juures töötaval isikul on kõrgharidus meditsiini, psühholoogia, pedagoogika või sotsiaaltöö alal ning kes on omandanud psühhoteraapia suuna väljaõppe ning keda on tunnustanud erialaliidud. Praktikas see juba nii toimibki, uue seaduse järgi sätestatakse nõuded vajaduse korral ministri määрусega. Täpsustatakse ka tugirühmade korralduse reegleid ning juurde tuleb kogemusnõustamise pakkumise võimalus ohvriabi raames, mida varem ei olnud.

Psühholoogilise abi andmine on kehtivas OASis sätestatud neljas peatükis, igas osas erinevad nii teenuseosutajatele esitatavad nõuded kui ka teenuse saamise alused. Eesmärk on saavutada selgus ohvritele psühholoogilise abi andmise süsteemis ning ühtlustada nõudeid.

Ohvritele mõeldud hüvitised

Kuriteoohvritele hüvitise maksmise süsteem on püsinud üsna muutumatuna juba

2004. aastast ega ole enam kooskõlas oma eesmärkidega. Hüvitise maksmine peab aitama leevendada raskete vägivallakuritegude materiaalseid tagajärgi ja aitama seeläbi kaasa, et kuriteo tõttu kannatanud inimesed tuleksid eluga paremini toime ega ohvristuks uuesti kuriteo tagajärgede tõttu.

Kahju hüvitatakse, kui vägivallakuriteo tagajärjeks on kannatanu surm, raske tervisekahjustus või vähemalt neli kuud kestev tervisehäire, seega on tegu kitsama sihtrühmaga kui kogu ülejäänud ohvriabi puhul. Probleemid on seotud nii kuriteoohvri hüvitise maksmise menetluse kui ka hüvitise tasemega, mis pole aastate jooksul muutunud.

Olulisemad muudatused

Üks eesmärk on saavutada olukord, kus hüvitise taotlemise kord ei koorma ohvrit. Kavas on kehtestada varalise kahju hüvitamise alampiir, mille puhul kuludokumente ei nõuta. Sarnaselt on plaanitud lahendada matusukulude hüvitamine. Protsessi kiirendamiseks sätestatakse uues OASis regressiõnude esitamine juba kriminaalmenetluse raames. Kehtiv OAS on vananenud ka sisuliselt: seadus näeb mh ette, et hüvitist ei maksta, kui ohver on kuriteo toimepanemise või kahju tekkimise esile kutsunud või seda soodustanud oma „kergemeelse käitumisega”. Praktikas pole seepärast kedagi hüvitisest ilma jäetud, kuid sõnastus on ohvrit stigmatiseeriv ega sobi kokku tänapäevase ohvriabi ja kannatanu õiguste põhimõtetega.

Eelnõus on kavas sätestada hüvitise sellised piirmäärad, mis tagavad ohvrite parema toimetuleku pikemaks ajaks. VTKs on välja pakutud hüvitise ülempiiriks senise 9590 euro asemel 15 000 eurot või nt 25-kordne alampalga määr, alaealiste ülalpeetavate puhul selle neljakordne summa. Ehkki

summa võib tunduda suur, katab see ohvri surma tõttu põhjustatud sissetuleku puudumise ainult mõneks aastaks. Päevakorras on ka kaotada kuriteoohvri n-ö omavastutus (hüvitatakse 80% tekkinud kahjust), selline piirang ei aita kaasa ohvri tervise taastamisele.

Justiitsministeerium on välja pakkunud nn ohvriabi fondi loomise. Tegu oleks täiendava hüvitisega kannatanutele, kellele on füüsilise isikuna kriminaalasjas kuriteoga tekitatud kahju katteks tsiviilhagi välja mõistetud. Kahju hüvitamise eelduseks oleks täitemenetluse alustamine ning selle tulemuseta jäämisel asjaomane avaldus koos kohtutäituri väljastatud tõendiga ohvriabifondile. Hüvitise uute aluste väljatöötamisega alustatakse, kui valitsus otsustab², et osa sellest rahast, mis laekub süüdimõistetutelt ja inimestelt, kelle suhtes on kriminaalmenetlus oportuuniteediga lõpetatud, tuleb kasutada sihtotstarbeliselt ohvri kasuks kurjategijalt välja mõistetud kahjude katteks, kui kurjategija kahjusid ei hüvita.

Teenused ja nõuded nende osutajatele

Mitmeid SKA ohvriabi ja ennetusteenuste osakonna korraldatavaid või osutatavaid teenuseid ei ole seaduses kirjeldatud või on nende kirjeldus väga põgus või ebatäpne, mistõttu ei ole selge, kellel on õigus teenust saada, millised on selle eesmärgid või nõuded, sh nõuded vahetult teenust osutavale isikule.

Eelnõu kohaselt on kavas jaotada ohvriga tegelevad spetsialistid kolme rühma. See võimaldab selgelt määratleda pädevused, mis aitavad tagada ohvritele pakutavate teenuste kvaliteedi ja toetada väljaõpet.

Eelnõuga tekivad uued mõisted – *ohvri-abi-töötaja*, *ohvriga töötav spetsialist* ning *ohvriga kokkupuutuv spetsialist*. Määratletakse ohvriabitöötaja ülesanded, mida kehtiv seadus ei käsitle. Täpsustatakse inimkaubanduse ja seksuaalselt väärkoheldud alaealiste abistamisega seonduvat, ohvriabi vabatahtlikele ja naiste tugikeskuse teenuse pakkujale esitatavaid nõudeid, lepitusteenusega seonduvat. Sätestatakse seksuaalvägivalla kriisiabikeskuse teenuse komponendid ja olulised üksikasjad.

Üks eesmärk on saavutada olukord, kus hüvitise taotlemise kord ei koorma ohvrit.

Päris uue teemana tuleb käsitleda psühhosotsiaalset kriisiabi, mis väljub praeguse ohvriabi raamidest (loe lähemalt Alton 2020, 19–24). Tegu on inimliku, toetava ja praktilise abiga õnnetustes ja kriisilukorras või nende järel, et toetada inimeste, sh kriisi haldavate eesliiniasutuste spetsialistide heaolu- ja turvatunnet ning ratsionaalset otsustamist ja käitumist. Kokkuleppe kohaselt on SKA ohvriabi kontaktpunktiks hädaolukordades psühhosotsiaalse kriisiabi korraldamisel. Teemat arutati VTK koostamisel ja ees ootab arutelu, kumba seadusesse sellise olulise tegevuse üleriigiline koordineerimine paremini sobib – kas ohvriabiseadusesse või sotsiaalhoolekande seadusesse.

Lõpetuseks

Mõne aasta jooksul on jõutud riiklikus ohvriabis rõomustavalt palju luua ja paremaks teha, nüüd tuleb ajakohastada ka ohvriabi seadus, et tagada senisest parem

² Arutelu ja otsustamine pidi toimuma 2020. aprillis, kuid koroonakriisist põhjustatud eriolukorra tõttu lükkus see sügisse.

tugi vägivalda ja kuriteo ohvritele. VTK koostamine näitas, kui palju on ohvriabi tugevdamisest, sh koostööst huvitatud spetsialiste. Kõik lahenduskäigud ei tule kergelt ja nii mõneski küsimuses seisavad ees tõsised diskussioonid. Artikli ilmumise ajaks oleme

saanud tagasisidet ministeeriumidelt, nende valdkonna asutustelt ja huvirühmadelt. Sedasi selgub, kuidas saame plaanidega edasi minna. Sügis on kavandatud aruteludeks ja eelnõu valmimistähtaeg on 2021. aasta märtsis.



Viidatud allikad

Alton, H. (2020). Psühhosotsiaalne kriisiabi eriolukorras. *Sotsiaaltöö* 2, 19–24.
www.tai.ee/images/ST2_2020_19kuni24.pdf. (13.08.2020).

Espenberg, K., Kiisel, M., Lukk, M., Soo, A., Themas, A., Themas, E., Villenthal, A. (2017). Kuriteoohvrite kaitse ja kohtlemise uuring. Tartu: Tartu Ülikool.

FRA (2014). Violence against women: an EU-wide survey. Main results report. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Luht, K. (2018). Professionaalne ohvriabi ohvriabitöötajate hinnangul. Magistritöö. Tallinn: Tallinna Ülikool.

Rääk, R. (koost. 2015). Psühholoogilist nõustamisteenust osutavate psühholoogide koolitus- ja töö nõustamisvajadus.
www.kriminaalpoliitika.ee/sites/krimipoliitika/files/elfinder/dokumendid/psuhh._noustajate_toonoustamis-ja_koolitusvajadus.pdf. (13.08.2020).

Väärkoheldud lapse abistamise süsteem. Poliitikaülevaade (2015). Sotsiaalministeerium.
www.sm.ee/sites/default/files/politiikaanalus_-_vaarkoheldud_lapse_abistamise_susteem_2015.pdf. (13.08.2020).

**Anu Toots***sotsiaalsoliitika professor, Tallinna Ülikool***Raul Malmstein***analüütik ja konsultant, Sharpminder*

COVID kui võimaluste aken pikaajalise hoolduse reformile

Koroonapandeemia näitas selgelt kätte eri süsteemide nõrgad kohad. Nüüd, mil esimene ehmatuse kriisist on möödas, on aeg mõelda, milliseid uusi võimalusi see karm õppetund meile pakkus? Nagu öeldakse, pole halba ilma heata.

Maaailma mastaabis jääb ilmselt kõige traagilisemaks kaasuseks USA, kus vaatamata kõrgeimatele tervishoiukuludele ei suudeta nakkust ohjes hoida ning surmade arv on ületanud 190 000 piiri.

Terviseoliitikast COVIDi taustal

Praegused teadmised COVIDi levimist mõjutavate asjaolude kohta on hakitud ja vastuolulised. Üks enam levinud väide on, et haiguse riskirühmas on ennekõike 65+ inimesed. Statistika seda ei toeta. Eakate osatähtsus rahvastikus on kõrgeim Kreekas ja Itaalias, ent COVIDist põhjustatud surmasid on Kreekas ligikaudu 50 korda vähem kui Itaalias. USA rahvastik on küllaltki noor, ent suremuselt on riik maailma tipus ning suhtarvuna ühe miljoni elaniku kohta esikümnes.

Eakate kõrgemat haigestumist ei kinnita ka Eesti andmed. Ülekaalukalt on meil haigestunud enim 50–59aastaste seas, 70aastaste hulgas on koroonadiagnoosi saanud enam-vähem sama palju kui 20aastaste seas. Nagu terviseameti COVID 19 rahvastikupüramiidilt näha, on eriti palju haigestunud 45–59aastaste naiste hulgas.¹ See viitab asjaolule, et viirus ohustab neid, kes palju liiguvad ja suhtlevad. Naiste suurem osatähtsus selle vanuserühma nakatunute seas võib olla seotud nende elukutsega – naised domineerivad sotsiaaltöötajate, meditsiini ja hooldustöötajate seas ehk teisisõnu suhtlevad palju kõrges eas inimestega, kel koroonakulgeb raskemini.

Kuigi viiruse levik ei paista olevat rahvastiku vanuselise struktuuriga otseselt seotud, tuleb siiski mõelda sellele, mida

¹ Vt lähemalt: www.terviseamet.ee/et/koroonaviirus/koroonakaart.

tervishoiu- ja hoolekandepoliitikas on võimalik ette võtta, et COVIDit (ja teisi tulevasi viirusi) kontrolli all hoida.

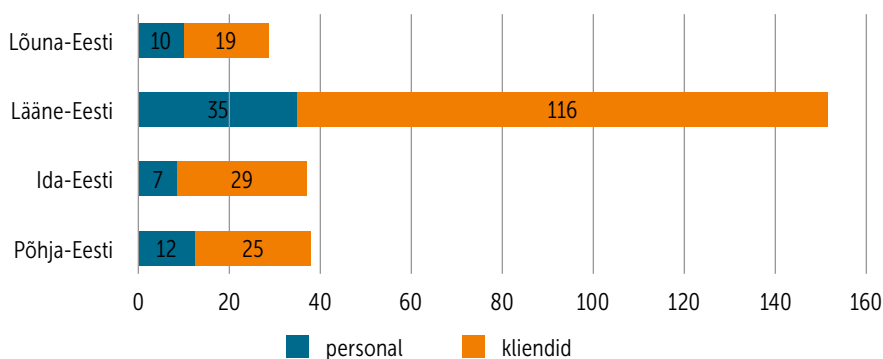
OECD pakub, et edu võtmeks on mitme olulise tervishoiusüsteemi ressursi üheaegne võimekus. Kui on piisavalt arste, aga õdesid napib, siis on lugu halb (Hispaania). Samuti on olukord keeruline siis, kui arste küll jagub, aga suur osa neist kuulub ise riskigruppi (COVIDi puhul eakad) ning puudu on ka voodikohtadest (Itaalia). UK tervishoiusüsteemis napib kõike, nii voodikohti, arste kui ka õdesid, mis võibki seletada UK üht suurimat koroonasurmade arvu Euroopas. Edukad on OECD hinnangul need riigid, kellel kõik kolm ressursi – arstid+õed+voodikohad – on heal tasemel (nt Saksamaa, Eesti).

OECD tervisepoliitika divisjoni juht Francesca Colombo (2020) osundab, kui teravalt on COVID toonud päevakorrale vajaduse tõsta pikaajalise hoolduse (PAH) süsteemid uuele tasemele. Ligi pooled koroonasurmatest maailmas on ühel või teisel moel seotud hoolekandega, sh avahooldusega. Hooldustöötajad, kes sarnaselt tervishoiutöötajatega peavad võitlust viirusega eesliinil, pole tihti saanud piisavat ettevalmistust töötamiseks nakkusoludes.

Veelgi enam, viimasel aastakümnel moodi läinud deinstitutsionaliseerimine, suund avahooldusele ja perede vabadusele hooldaja valikul on viinud muu hulgas selleni, et osal hooldajatest puudub erialane kvalifikatsioon üldse. Constanzo Ranci ja Emmanuele Pavolini jõudsid oma teadusartiklis (2015) järeldusele, et 2009. aasta fiskaalkriisi järel jäeti mitmes Euroopa riigis PAH-reformid kalevi alla. Nad avastasid, et koroonahaiguste (ja -surmade) tipus on need riigid, kus kärbiti koos reformide peatamisega valdkonna eelarvet ja leevendati migrantidest hooldustöötajatele esitata-vaid kutsenõudeid (Prantsusmaa, Itaalia, Hispaania).

Ligi pooled koroonasurmatest maailmas on ühel või teisel moel seotud hoolekandega, sh avahooldusega.

Pooled Eesti koroonasurmatest on samuti seotud hooldekodudega – 2020. a maikuu alguseks registreeriti riigis kokku 55 surma-juhtu, nende seas oli 27 hooldekodude elanikku, vanuses 63–99 eluaastat (Terviseamet



Joonis 1. COVID-19 haigusjuhud hooldekodude personali ja klientide seas, seisuga 07.05.2020

Allikas: Terviseamet 2020

2020). Surmajuhutude osatähtsus nakatunute seas on jäänud Eestis üsna madalaks ning ka hoolekandetasutuste elanike seas, kes kuuluvad riskirühma, moodustab see vaid 10% haigusjuhtudest. Statistika kohaselt ohustab aga nakkus ühtmoodi nii hooldekodude personali kui ka kliente (joonis 1).

Senised PAHi reformisuundumused Euroopas

Siiski jõuti pikaajalises hoolduses enne nn kasinuse ajastut viia ellu mitmeid muudatusi, sest rahvastiku vananemine ning vajadus hoida võimalikult palju tööealisi inimesi tööturul sundis riike probleemidega tõsiselt tegelema.

PAH-süsteemi reformisid nii kindlustuspõhised heaoluriigid (nt Prantsusmaa, Saksamaa) kui ka Põhjamaad, kus varasema massiivse ja helde süsteemiga enam jätkata ei saanud.

Saksamaa jäi kindlaks kohustusliku sotsiaalkindlustuse põhimõttele, mis tähendas täiendava hoolduskindlustusmaks lisamist juba olemasolevale ravikindlustusele. 2009. aastast on hoolduskindlustus kohustuslik igale kodanikule, kel on ravikindlustuse kohustus (Gerlinger 2018).

Prantsusmaa ja Belgia, mis on traditsiooniliselt esindanud perekeskset hooldusmudelit, on nüüdseks valinud abivajajatele rahaliste toetuste maksmise (ingl *cash for care*). Prantsusmaa sätestas selle toetuse 1997. a, et aidata vähemalt 60 aastastel isikutel katta neid kulusid, mida ravikindlustus ei korva. Kuigi toetust maksab kohalik omavalitsus, tuleb raha selleks riigieelarvest (Le Bihan 2018). Selline rahalise toetuse maksmine esindab pikaajalises hoolduses kõige selgemalt viimasel aastakümnel laialt propageeritud deinstitutionaliseerimise (DI) suunda.

Põhjamaades on PAH siiani valdavalt avalik teenus, mida rahastatakse üldmaksudest ja mille korraldus on kohaliku omavalitsuse pädevuses. Avalikke PAH-teenuseid võidakse osutada ka koduteenuste kujul, mis on sageli integreeritud tervishoiusüsteemi ehk täpsemalt koduõendusega.

Nii nagu mitmes teises sotsiaalpoliitika valdkonnas, on ka PAH-süsteemide reformimisel näha ideede ja praktikate laenamist eri mudelitelt. Ühendkuningriigis arutatakse Mandri-Euroopale iseloomuliku hoolduskindlustuse kehtestamist (ESPN 2018), Soomes on sotsiaal- ja tervishoiureformi (SOTE) jõustumisel plaan senist PAH-süsteemi tsentraliseerida ning avada üks kasumitaotluseta eraettevõtjatele (Kalliomaa-Puha ja Kangas 2018).

Pikaajalise hoolduse süsteemi alarahastatus on sedavõrd suur, et üleskutse lahendada probleemi tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi parema sidustamisega näib utoopilisena.

Ka Eesti on plaaninud reformida pikaajalise hoolduse süsteemi, mis praegu jagab vastutuse tervishoiusüsteemi ja hoolekandesüsteemi vahel. Tervishoiusüsteem pakub õendusabi, geriaatrilist hindamisteenust ja hooldusravi kodus. Sotsiaalhoolekanne tegeleb hoolekandetasutuste, päevahoiuteenuste, koduhoolduse ja eluasemeteenustega. Mõnes linnas on katsetatud ka hoolduskoordinatsiooni, et lõimida sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonda veelgi enam. Kui tervishoiusüsteemi hallatakse keskvõimu tasandil, siis hoolekandesüsteemi raskendab kohalik omavalitsus. Seega on Eesti PAH-süsteemi sees nii horisontaalsed kui ka vertikaalsed „müürid”.

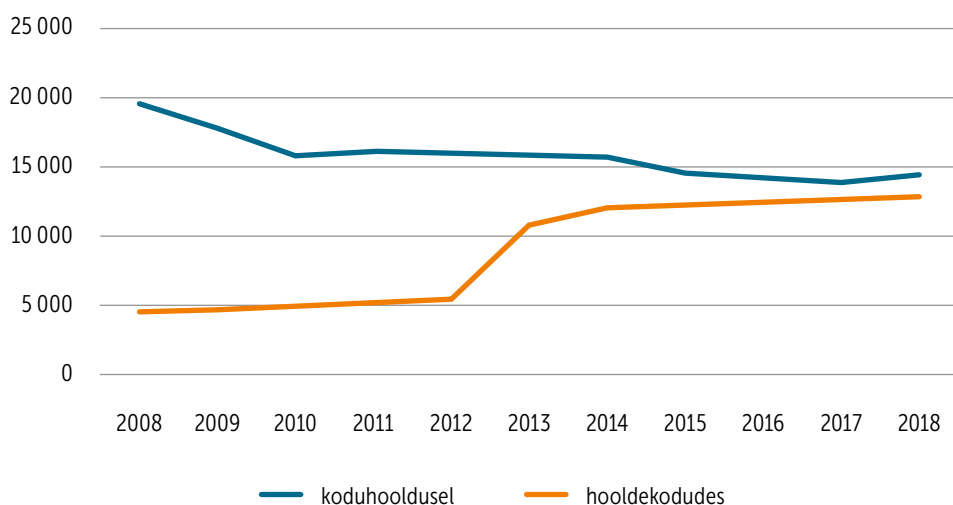
PAH-reformid on päevakohased kõigis arenenud riikides, seetõttu on rahvusvahelised ühendused algatanud mitmeid analüüse (OECD 2011; OECD 2015; ESPN 2018). PAHi olukorrast ja vajadustest on tellinud mitmeid uuringuid ka Eesti riik (Price Waterhouse Coopers 2009, Maailmapank 2017, Riigikantselei 2017, Praxis 2017). Just Maailmapanga analüüsile tugines hoolduskoormuse rakkerühm oma soovitude väljatöötamisel (Riigikantselei 2017). Neis raportites käsitletakse ka PAH-süsteemi rahastamist, mille järgnevalt luubi alla võtame.

Nõudlus ja pakkumine Eesti praeguses PAH-süsteemis: pilk linnulennult

Siiani on rahamurede leevendamiseks soovitatud eeskätt sotsiaal- ja tervisevaldkonda rohkem integreerida, lootes, et see muudaks teenusepakkumise tõhusamaks, sh ökonoomsemaks (Riigikantselei 2017; ESPN

2018). Rahastamise eri allikad ja võimalikud *trade-off*id on siiani pälvinud vähem tähelepanu ning ülalmainitud raportid on jäänud nende suhtes üsna ettevaatlikuks.

Pikaajalisel hoolekandel on Eestis raske taak: nõukogude ajast pärit ebainimlikud tingimused, vilets kvaliteet ja eestlase jonnakus iga hinna eest ise hakkama saada on oluliselt pidurdanud nõudluse arenemist selles valdkonnas. Poliitika kujundajad läksid varmalt kaasa aktiivse vananemise ja DI-retoorikaga, mis samuti kutsus asendama hooldekodusid avahoolduse ja kogukonna (vabatahtliku) panusega. Nii polnudki teenuste arendamiseks survet ei alt ega ülalt ning Eesti kogukulud PAHile on Euroopas ja OECDs ühed kõige madalamad – 0,6% SKPst (OECD 2018). Tõsi, see number sisaldab vaid haigekassa kaudu tehtavaid tervishoiukulutusi; sotsiaalsüsteemi panust lisades (vt World Bank 2017, 67) saame umbkaudseks näitajaks 0,8% SKPst. See jääb ikkagi kaks korda alla OECD keskmisele.



Joonis 2. Koduhooldust ja hooldekodu teenust kasutavate üle 65aastaste Eesti inimeste arv

Allikas: OECD 2020

Aga kui nõudlust pole, kas siis ongi PAH-süsteemi raha rohkem vaja? Pilk tarbijakäitumise trendidele (joonis 2) räägib paraku teist keelt.

Viimase kümne aastaga on pidevalt kasvanud hooldekodudes viibivate inimeste arv ja langenud avahoolduse kasutajate hulk. Trendid on samasugused ka eakama, 80+ rahvastiku hulgas, mis viitab sellele, et muutuva käitumise taga on pigem sotsiaalsed või süsteemi muutused kui inimeste tervislik seisund. Hooldekodud on muutunud tänapäevasemaks ja teenus professionaalsemaks, teisalt on tööealised inimesed liikuvamad ning oma eaka ema-isa eest hoolitsemine logistiliselt üha keerulisem. Tähelepanuta ei saa jätta ka üldist jõukuse kasvu, mistõttu on Eestis praegu rohkem inimesi, kes suudavad hooldekodu koha eest maksta.

Oluline on arvestada, et omaosaluse koorem võib peres kanduda edasi põlvest põlve: kui eaka inimese varast ei piisa, peavad tööealised lapsed panustama rahaliselt või vähendama oma osalemist tööturul. Nende vähenev sissetulek ahendab aga omakorda suutlikkust pakkuda mitmekülgseid arenguvõimalusi oma alaealistele lastele.

Nõudluse kasv ja riigi tegevusetus avaliku PAH-süsteemi arendamisel on toonud kaasa inimeste omaosaluse suurenemise. Eestis moodustab PAHi eelarvest tarbijate omaosalus üle 25%, hooldekodu koha maksumusest aga keskmiselt üle 72% (ESPN 2018). Võttes arvesse jõukuse (rahalisel tulud + kinnisvara turuväärtus) ebahühtlast jaotust Eestis, toodab praegune reformimata süsteem sotsiaalset ebaõiglust, sest PAH-teenuste kättesaadavus sõltub tugevalt teenusekasutaja maksevõimest

(Riigikantselei 2017). Suur omaosalus võib olla ka üks põhjus, miks ligi 2/3 nendest, kes võiksid pikaajalist hooldust vajada, ei saa seda praegu mitte mingil kujul (st ei hooldekodu, koduhoolduse ega toetusena) (World Bank 2017).

Seega survestab nõudluse kasv PAH-süsteemi varasemast tugevamini ja riik peaks reformi kavandamisel võtma arvesse kahte põhimõttelist asjaolu:

1. Jõukuse kasv ning väärtushinnangute muutumine suurendavad nõudlust just hooldekodu teenuste järele, mis on avahoolduse või rahalise toetusega võrreldes kallim variant.
2. Kui riik jätkab praegust „käed-rüpes” istumist, siis muutub PAH-süsteem veelgi enam erasektori-keskseks ja hakkab jõuliselt suurendama sotsiaalset ebavõrdsust ühiskonnas kogu elukaare ulatuses.

Kuidas rahastust suurendada?

Kui tahaksime PAHi teenustega jõuda Põhjamaade tasemeni (2,5–3% SKPst), tuleks meil kohe kulutusi neljakordistada. Et olukorra tõsidust mõista, tõmmakem siin paar paralleeli – vajaliku raha saaks kokku, kui loobuda täielikult: a) tööturuteenustest ja -toetustest (0,9% SKPst); b) kõigist pere-toetustest (2,1%) või c) riigikaitsest (2,1% SKPst).

Ükski nendest alternatiividest pole paraku realistlik ning isegi Maailmapank (2017) ütleb, et Põhjala tasemel hoolekandesüsteem pole Eestile jõukohane. Teisalt on PAH-süsteemi alarahastatus sedavõrd suur, et üleskutse lahendada probleemi tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi parema sidustamisega näib samuti utoopilisena. Abi ei ole ka sellest, kui n-ö väikest tekki kord ühe, kord teise serva peale sikutada ja suurendada eraldi KOVidele toetus- või tasandusfondist,

nagu pakub hoolduskoormuse vähendamise rakkerühm (Riigikantselei 2017). See ei tooks raha juurde, vaid paigutaks seda lihtsalt ümber.

Niisiis on aeg vaadata otsa rahastamise fundamentaalsetele küsimustele. Neid on meie hinnangul kaks. Esiteks, kuidas laiendada tulubaasi ja teiseks, kuidas vähendada eespool mainitud vertikaalse ja horisontaalse müüri mõju rahastamisele.

Alustame küsimusest, kas PAHi rahastamine peaks olema kohaliku- või keskvalitsuse ülesanne. Enne haldusreformi valminud Price Waterhouse Coopersi analüüs (2009) jõudis järeldusele, et hooldus-teenuste finantseerimine tuleks kohalike omavalitsustelt ära võtta ja tuua keskvalitsuse tasandile.

Pärast haldusreformi valminud rakkerühma raporti (2017) seisukoht on risti vastupidine – suurendada tuleks KOVide rahastamist riigieelarve eraldiste abil. Haldusreform (2015–2017) ei toonud muudatusi KOVide tulubaasi, seetõttu on kohaliku tasandi rahaline seis endiselt nõrk, vaatamata omavalitsuste territoriaalsetele ja demograafilistele muutustele.

Praegu on selle vertikaalse müüri lõhkumisele suunatud vaid ajutine leevendus – umbes 80 miljonit eurot ELi fondide raha kohalike sotsiaalteenuste ja omastehooldajate toetamiseks. 2021. a algaval ELi finantsperioidil selle tuluallikaga tõenäoliselt enam arvestada ei saa ning kohalikul tasandil ei ole ilma uue haldusreformita võimalik arendada PAH-süsteemi nõudmistele kohaseks.

Millised on võimalused tuua PAH-süsteemi lisaraha keskvalitsuse tasandil?

Ühe lisaraha allikana on Eestiski arutatud hoolduskindlustuse ideed. Kui PWC 2009. a raport pidas 1%–1.5% kindlustusmakse

lisamist arukaks alternatiiviks, siis Maailemapanga 2017. aasta analüüs kohustusliku hoolduskindlustusmakse juurutamist ei toeta. Maailemapanga hinnangul on tööjõumaksud Eestis juba praegu märkimisväärselt kõrged ning nende tõstmise asemel tuleks pikaajalist hooldust rahastada üldmaksudest. Seda mõtet, et üldiste maksetulude roll Eesti heaoluriigi rahastamisel võiks olla suurem, toetavad ka mõned teised poliitikakoridorides ringlevad kontseptsioonipaberid (Praxis 2018; Arenguseire Keskus 2020), mis pakuvad välja tervishoiusüsteemi viimise kindlustusmodelilt universaalsele sotsiaalse kodakondsuse modelile.

Pikaajaline hoolekanne, hooldekodud ja avahooldus võivad kujuneda Eesti terviseolukorra Achilleuse kannaks.

Hinnanguliselt on Eestis ravikindlustuseta 80 000 (OECD 2019) kuni 120 000 (Praxis 2018) inimest, mis PAH-reformi puhul tähendaks, et need u 10% elanikkonnast jääks ilma ka juurdepääsust avalikule hoolekandesüsteemile, juhul kui Eesti valiks reformiks Saksa tee. Niisiis lahendaks tervishoiusüsteemi viimine ravikindlustuselt üldmaksudele ka hoolekandesüsteemi mure, aga ainult siis, kui makse tõstetakse. Selleks praegusel Riigikogu koosseisul poliitilist tahet ilmselt pole.

Niisiis tuleb otsida sotsiaaleelarvete suu- rendamiseks vähem radikaalseid variante. Üks ettepanek, mille oleme juba varem välja käinud (Toots ja Malmstein 2019), pakub vaadata üle, kes ja millelt ühisesse tervishoidu raha paneb.

Eesti tervishoiusüsteem on üldiselt solidaarne, kuid sotsiaalkindlustuse põhimõtte

kohaselt on see solidaarsus tegelikult valikuline. Sotsiaalmaksu ravikindlustuse komponent on seotud palgaga, mitte inimeste tegeliku tuluga. Seega kannavad põhikoormust palgasaajad ja ebaproportsionaalselt väiksemat koormust ettevõtjad, kes saavad oma kulusid optimeerida. Ühe lahendina võiks kaaluda näiteks dividendide tulumaksu 20%lise määra jaotamist tulumaksu komponendi (nt 15%) ja ravikindlustuse komponendi (nt 5%) vahel. Selline lahend ei suurendaks üldist maksukoormust, kuid võimaldaks ravikindlustust rahastada solidaarselt ja suunata lisaraha PAHi teenustele.

Kokkuvõtteks

Öeldakse, et iga süsteem on nii tugev, kui tugev on tema nõrgim lüli. Eesti akuutravisüsteem pani pandeemia löögile hästi vastu ja näitas suurepäraselt võimet väledalt reageerida (sh teha koostööd ministeeriumide üleselt). Siiski pole Eesti tuleviku epideemiatega ja pandeemiatega hästi valmis enne, kui pika- ja hooldussüsteem on akuutravi tasemele „järele tõmmatud”. Pikaajaline hoolekanne, hooldekodud ja avahooldus võivad kujuneda Eesti terviseolukorra Achilleuse kannaks. Sotsiaalhoolekanne pole poliitikutele atraktiivne ning valijate häält ei taga, mistõttu jääb see kogu aeg tagaplaanile.

Poliitikateadustes kasutatakse „võimaluste akna” metafoori tähistamiseks seda

hetke, mil ühe probleemi töösse võtmine on tõenäoline. Võimaluste aken avaneb siis, kui on olemas emb-kumb – kas tugev avalikkuse ja huvigruppide surve, millele lisandub reformi toetav poliitikute koalitsioon valitsuses (ingl *political stream*) või probleemi teadvustamine tõenduspõhiste analüüside, riikidevahelise võrdluse ja statistika põhjal, millega koos käiakse välja alternatiivsed arengustsenaariumid (*problem stream + policy* ehk *ametnike stream*) (Kingdon 1995). Eestis on nendest tingimustest selgelt olemas probleemi surve, samuti ametnike valmidus PAH-reformi teha. Poliitilist survet esindavad valdkonna huvirühmad, ent neid ei toeta poliitikud.

Niikaua kui puudub poliitiline tahe süsteemi reformida, sh rahastamismudelit muuta, piirdubki kogu protsess raportite lehitsemisega. COVID küll paotas PAH-reformile võimaluste akent, ent nagu juuli- ja augustikuu sündmused näitavad, on Ratase valitsus otsustanud kasutada neid erakordseid võimalusi hoopis soodsa riigilaenu andmiseks valitud äriettevõtetele (Tallink, Nordica, Porto Franco). Nii et kui keegi ikka veel küsib, miks kümne aasta jooksul toodetud soliidid uuringud pole siiani aidanud pikaajalise hoolduse reformi ära teha, tuleks sellele vastata kuulsa lendlause parafrasiga – „See on poliitika, lollpea!”²



Viidatud allikad

- Aaben, L., Paat-Ahi, G., Nurm, Ü.-K. (2017). Pikaajalise hoolduse deinstitutionaliseerimise mõju hindamise raamistik. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis.
- Arenguseire Keskus (2020). Eesti tervisekindlustuse tulevik – võtmetegurid ja kvantitatiivne mudel. Pakkumuskutse. (20.03.2020).

² „It’s the economy, stupid” on fraas, mille tõi käibesse B. Clintoni 1992. a valimiskampaania juht James Carville. Sõna „majandus” asendatakse tihti mingi teise, konteksti sobiva sõnaga; nt kliima-aktivistid, sh Greta Thunberg, kasutavad väljendit – „It’s the planet, stupid!”

- Bihan, B.** (2018). ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care. France.
https://ec.europa.eu/social/main.jsp?advSearchKey=espnltc_2018&mode=advancedSubmit&catId=22&policyArea=0&policyAreaSub=0&country=0&year=0 (07.08.2020).
- Colombo, F.** (2020). Winning the war against Covid-19: A new phase.
<https://soundcloud.com/oecd/oecd-podcasts-francesca-colombo> (25.05.2020).
- Gerlinger, T.** (2018). ESPN Thematic Report on Challenges in Long-Term Care. Germany.
https://ec.europa.eu/social/main.jsp?advSearchKey=espnltc_2018&mode=advancedSubmit&catId=22&policyArea=0&policyAreaSub=0&country=0&year=0 (07.08.2020).
- Kalliomaa-Puha L., Kangas O.** (2018). ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care. Finland.
- Kingdon, J. W.** (1995). Agendas, alternatives and public policies (2. tr.). New York, NY: Longman.
- OECD** (2019). State of the Health in the EU. Eesti: Riigi terviseprofiil. OECD, European Observatory on Health systems and Policies.
www.oecd.org/publications/eesti-riigi-terviseprofiil-2019-1efa7683-et.htm (10.08.2020).
- Praxis** (2018). Ravikindlustus valitutele või ravikaitse kõigile – kuidas täita lüngad Eesti ravikindlustuses? Ravikindlustuskaitseta inimeste kindlustuskaitse katkendlikkuse või puudumise põhjused ja võimalused kaitse laiendamiseks. Tallinn.
- Ranzi, C., Pavolini, E.** (2015). Not all that glitters is gold: Long-term care reforms in the last two decades in Europe. *Journal of European Social Policy*, 25(3) 270–285.
- Riigikantselei** (2017). Hooliva riigi poole. Poliitikasuunised Eesti pikaajalise hoolduse süsteemi tõhustamiseks ja pereliikmete hoolduskoormuse vähendamiseks. Hoolduskoormuse vähendamise rakkerühma lõpparuanne.
- Spasova, S., Baeten, R., Coster, S., Ghailani, D., Peña-Casas, R. Vanhercke, B.** (2018). Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies. Brussels: European Social Policy Network (ESPN), European Commission.
<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8128&furtherPubs=yes> (06.08.2020).
- Toots, A., Malmstein, R.** (2019). Otsustamatuse korral laguneb Eesti heaoluriik. *Eesti Päevaleht*, 19. veebruaril.
- World Bank** (2017). Reducing the burden of care in Estonia. Interim Report. Tallinn.

**Gerli Aavik-Märtmaa***hoolekande osakonna nõunik, sotsiaalministeerium*

Teekond inimesekeskse teenusepakkumise suunas

Eestis ei ole enam vaja pikalt selgitada, miks tuleb liikuda koordineerituma ja integreerituma tervishoiu- ja hoolekandesüsteemi poole. Kooskõla tuleb saavutada ka tööhõive- ja haridussüsteemiga. Kuidas aga selleni jõuda?

Suure toetusvajadusega inimesed (nt erivajadusega inimesed ja eakad) vajavad tihti tuge mitmest süsteemist järjestikku või koguni paralleelselt, kuid igaüks neist toimib oma põhimõtete, rahastusmudeli ja töökorralduse alusel. Abivajadusega inimese jaoks võib see kehvemal juhul tähendada ka abita jäämist.

Üksikutest algatustest tervikpildini

Viimastel aastatel on algatatud mitmeid arendus- ja katseprojekte, mis otsivad sihtgruppide probleemidele lahendusi. Näiteks on arendamisel uued teenuskorraldusmudelid abivajavatele lastele ja suure hooldusvajadusega inimestele, insuldist ja esmasest psühhosist taastujatele jt sihtgruppidele. Samuti on mitmeid häid näiteid piirkondlikest arendustest. Nii on Viljandi maakondliku haigla eestvedamisel liigutud juba mitu aastat PAIK projekti raames paikkondliku

integreeritud teenusepakkumise suunas. Neid arendusprojekte veavad eesrindlikud ja muudatusi toetavad inimesed kohalikest omavalitsustest, perearstikeskustest, haiglatest, teenusepakkujate juurest, aktiivselt mõtlevad kaasa ka teenuse kasutajad ja nende lähedased.

Oleme jõudmas seisuni, kus töös on palju häid arendusprojekte ja sünnib häid lahendusi, ent alati ei rakendu head mõtted piisavalt kiiresti üle Eesti. Enamasti pole ei rohujuuretasandi praktikutel ega ministeeriumite poliitikakujundajatel terviklikku ülevaadet, kus on kõige kriitilisemad murekohad, millistele neist otsitakse juba lahendusi ja milliseid on vaja alles läbi mõelda.

Teiste riikide kolleegidega suheldes on kuulda, et paljud on sama probleemi ees: kuidas jõuda üksikutest innovaatilistest algatustest ja katseprojektidest suurte ja süsteemsete muudatusteni.

¹ <https://integratedcarefoundation.org>.

Selleks, et liikuda tervikliku ja integreeritud teenusepakkumise suunas, alustasid sotsiaalministeerium, sotsiaalkindlustusamet, haigekassa, töötukassa, TEHIK ja statistikaamet Euroopa Komisjoni Struktuursete Reformide Tugiteenistuse abil koostööd organisatsiooniga International Foundation for Integrated Care (IFIC)¹. See rahvusvaheline teadusvõrgustik koondab integreeritud teenusepakkumise parimaid eksperte üle maailma. Meid on toetanud asjatundjad Uus-Meremaalt, Suurbritanniast, Saksamaalt, Rootsist ja mujalt. Kohe kaasati projektimeeskonda ka kaks kohalikku omavalitsust – Pärnu ja Viljandi linn – nemad on aidanud hoida protsessi eri etappidel kohalike omavalitsuste vaadet. Teemaatilistes aruteludes on osalenud üle saja eksperdi riigiasutustest, KOVIDest, eri valdkondade teenuseosutajate seast ja mujalt.

Millised küsimused ootavad vastust?

Koostöö eesmärk on luua senisest integreeritum ja inimkeskem toetussüsteem erivajadusega inimestele ja suure toetusvajadusega eakatele, hõlmates nii sotsiaalseid, tööalaseid kui ka meditsiinilisi sekkumisi. Tahtsime ühe katuse alla tuua juba töös olevad ja tulevikus plaanitavad algatused ja katseprojektid, vastates muu hulgas järgmistele küsimustele:

- Kuidas suurendada väärtust, mida pakuvad eri süsteemid ja valitsemistasandid?
- Kuhu on kõige efektiivsem suunata olemasolevad ressursid?
- Kuidas andmeid paremini ära kasutada?
- Kuidas mõõta teenuste, sh integreeritud teenuste mõju?
- Kuidas luua motivatsioonisüsteem inimkesksete ja integreeritud teenuste pakkumiseks, kasutades sh rahalisi stiimuleid?

Vastuste leidmiseks otsustati koos IFICu meeskonnaga keskenduda neljale suunale: 1) integreeritud teenusepakkumise üldised põhimõtted ja katusvaade; 2) juba kogutud andmete parem kasutamine, sh poliitika-kujundamise toetuseks; 3) toetusmodelite muutmine koordineeritumaks ja integreeritumaks kogu elukaare ulatuses; 4) motivatsioonistiimulite ülevaatamine, et toetada rahastuse ja korraldusega koordinatsiooni ja integratsiooni.

Kuidas jõuda uute suundadeni?

2018. aasta lõpus alustasime tööd, et jõuda ühesuguse arusaamani, kuidas liikuda paremini koordineerituse ja integreerituse suunas. Kõigepaalt tutvuti olukorraga: väliseksperdid tutvusid olemasolevate materjalidega ja kohtusid eri tasandite ja valdkondade inimestega, et mõista, milline on olukord ning kuhu tahame jõuda. Sõnastati üldised põhimõtted, mis peaksid olema edaspidi kõigi arenduste esmaseks lähtepunktiks. Siin sai mh võtta aluseks ka varasemaid põhjalikumaid kaasamisprotsesse, nt hoolduskoormuse rakkerühma töö tulemusi.

Aluspõhimõtteid kokku põimides sõnastati neli üldist põhimõtet, mille suunas liikuda:

- 1) toetada inimeste aktiivset osalust ühiskonnas ja tööhõives;
- 2) pakkuda kvaliteetset tuge, mis on kättesaadav võimalikult kogukondlikul tasandil, väärikalt ja lugupidavalt;
- 3) pakkuda teenuseid asjaosaliste tihedas koostöös, et tagada lõimitud ja sujuv tugi seal, kus võimalik;
- 4) leida tasakaal soovitud mõju ning ka süsteemi ja indiviidi kulude vahel.

Seejärel valiti elukaarelt välja näidisteeikonad, et vaadelda nende abil süsteemide kokkupuutekohti ja pudelikaelu ning mõelda ka sellele, kuidas teekondi muudatustega

paremini toetada. Juhtumeid valides toetuti teenuste kasutamise andmetele, valiti kas väga sagedased juhtumid või sellised, kus toetusvajadus on erakordselt suur ja ka varasem sekkumine võiks olla suure mõjuga. Selliselt jõuti seitsme tüüpjuhtumini ja eri elemente kombineerides viie keeruka teekonnani. Need on:

- autismispektrihäirega 9-aastane Rasmus;
- skisofreeniaga elav 33-aastane Kaie;
- reumatoidartriiti põdev ja liikumisraskustega 33-aastane Alisa;
- insuldist taastuv ja kliinilise depressiooni diagnoosiga 45-aastane Olev;
- 86-aastane dementsuse sündroomiga Leida.

Paljud teised riigid on sama probleemi ees: kuidas jõuda üksikute innovaatilistest algatustest ja katseprojektidest suurte ja süsteemsete muudatusteni.

Klienditeekondade üks osa oli saada ülevaade andmetest, mis eri etappides inimese kohta tekivad. Samuti vaadati, millised rahavood protsessi osi mõjutavad ning kuhu jäävad hallid alad, kus vastutus on ebaselge. Teekonna kirjeldamisel olid abiks eri asjaosalised Pärnu ja Viljandi piirkonnas; valmis teekondi jagati ka laiemas ringis, et koguda vajalikke parandusi ja täpsustusi. Detailsemalt keskenduti insuldist taastuva ja kliinilise depressiooni diagnoosiga Olevi ja dementsuse sündroomiga Leida teekondade ümberkujundamisele, ent pakutud lahenduste rakendamine muudaks ka Rasmuse, Kaie ja Alisa kogemuse positiivsemaks.

Üheks olulisemaks suunaks on teravikliku koordinatsioonimudeli rakendamine. IFICu meeskond toetaski Eestit

üleriigilise koordinatsioonimudeli loomisel. Täiendatud mudeli rakendamisega alustab sellest sügisest kuus piirkonda, 2022. aastast oodatavasti juba kuni 12 piirkonda ning loodatavasti ei ole enam kaugel ka üleriigiline rakendamine.

Kas ja kuidas integreerida rahastusmudeleid?

Samadele teekondadele toetudes analüüsiti ka motivatsioonistiimuleid, sh rahalisi. Koos kavandati võimalikke integreeritud rahastusmudeleid. Töö tulemusel jõuti siiski järeldusele, et praegused teenussüsteemid ei ole veel küpsed valdkondade piire ületavate rahastusmodelite kasutamiseks. Kõigepealt tuleb luua selleks eeltingimused. Seda saab teha mitmes etapis, panustades kõigepealt süsteemi võimekuse kasvata-misse – luues teenusepakkumisele selge raamistiku koos eesmärkide ja tulemusmõdikutega; võimestades süsteemis töötavaid asjaosalisi, sh pakkudes koolitust; juurutades välja töötatud koordinatsioonimudelit koos sellega kaasneva lisarahastusega jne. Seejärel saaks integreerida kokkusobivaid teenuseid (sh neid koos kavandades ja korraldades) ja alles siis rahastusmehhanisme (alustades nt olukorra korrastamisega ühes süsteemis, nt nii nagu tehakse isikukeskse erihoolekande mudeli ja insuldi tervikteekonna arenduste puhul).

Raha on vaid üks motivatsioonistiimul, integreeritud rahastusmudeli toimimisel on mitu eeltingimust ning olemasolevate rahastusmodelite muutmine ei tarvitse alati olla kõige optimaalsem ja tõhusam lahendus.

Andmed, andmed ja veel kord andmed

Koordinatsiooni ja integratsiooni algatustele ajendas meid katusvaadet looma arusaam, et riigi tasandil pole selget ülevaadet

valdkondade ja teenuste koosmõjust. Teame näiteks, mis teenuseid, mis mahtudes ja mis piirkondades on pakutud, aga ei tea, kas kodus pakutavad teenused eelnevad institutsionaalsetele, kui tihti on koduteenust pakutud koos koduõendusteenusega, kas õnnetusjuhtumist taastujad saavad pärast taastusravi ka sotsiaalset või tööalast rehabilitatsiooni ja toetavaid KOVi teenuseid.

Toimiva juhtumikorralduse puhul kogutakse üksikjuhtumite tasandil see teave kokku, kuid selle põhjal ei kujune terviklikku ülevaadet piirkonna ja riigi tasandil. Tarvis on, et vajalikud andmed koonduksid üle valdkondade kokku nii üksikjuhtumite kiiremaks ülesleidmiseks ja paremaks lahendamiseks kui ka piirkondliku ja riikliku tervikvaate nägemiseks, sekkumise mõju hindamiseks ja teadustööks.

Alustasime tööd, et edaspidi oleks võimalik koondada tervikvaate loomiseks vajalikke andmeid, mille abil saab kujundada paremini valdkondade üleseid poliitikaid ja hinnata juba rakendatud muudatuste mõju. Fookuses on agregeeritud ehk isikustamata andmete kogumine, et mitte riivata inimeste privaatsust.

Näiteks dementsuse sündroomiga Leida teekonna sujuvamaks muutmiseks ei ole poliitikakujundamise tasandil muudatuste tegemiseks vaja teada üksikjuhtude delikaatseid andmeid. Küll aga on oluline aru saada, milliseid teenuseid dementsuse sündroomiga inimesele eri valdkondadest pakutakse, kuidas jõuavad teenused samade või erinevate inimesteni, kui paljudel juhtudel on inimesi enne üldhooldusteenusele või statsionaarsesse õendusabisse sattumist toetatud koduste ja toetavate teenustega ning mis teenuste ja toetuste kombinatsioonid on paremini toetanud hakkama saamist kodus keskkonnas. Sellist terviklikku ülevaadet vajamegi komplekssete vajadustega

sihtrühmade paremaks toetamiseks üle elukaare ja valdkondade.

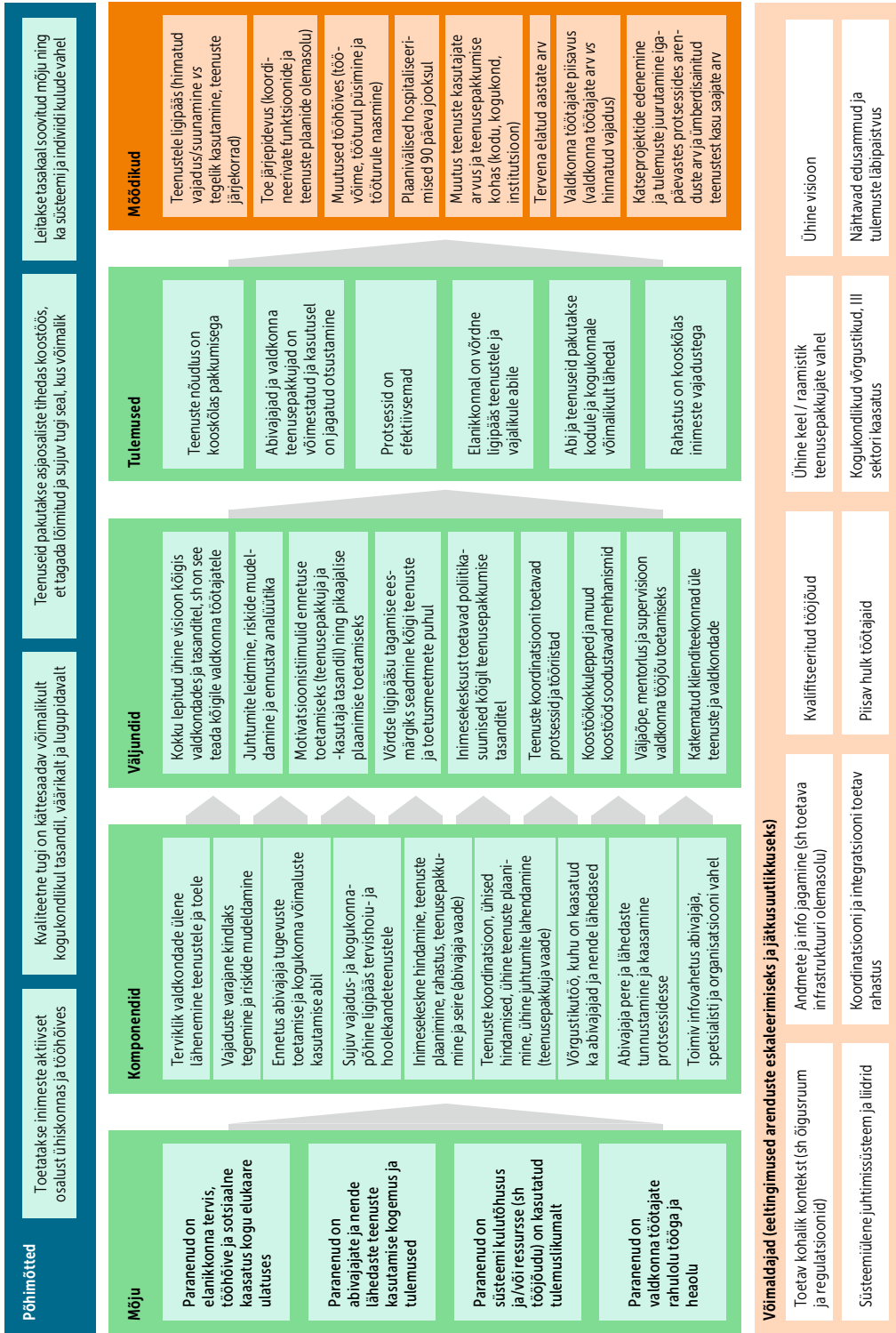
Töötame praegu esimese testandmesitikuga ühe Eesti omavalitsuse näitel. Statistikaameti abil pseudonümiseeritakse andmed enne nende ühendamist. Analüüsi käigus hinnatakse, kuidas võiks olulisi andmeid edaspidi koondada nii, et ei riivata kellegi privaatsust. Hinnatakse ka andmete ühilduvust ning andmekvaliteeti ja testitakse, mis küsimustele andmestikud vastata võimaldavad. Muu hulgas käsitletakse ka andmekaitse ja institutsionaalsete takistustega seotud küsimusi ja võimalusi nende kõrvaldamiseks. Näiteks analüüsitakse, kuidas koostada päringud nii, et isikuid ei saaks lõppandmestikus tuvastada.

Testandmestiku analüüs kestab 2020. aasta lõpuni, järgnevad arutelud võimaliku üleriigilise andmekihi loomiseks, sh arutatakse riigiasutuste, kohalike omavalitsuste, haigla jt asjaosaliste vajadusi ja võimalusi neid andmeid kasutada.

Ühe katuse all edasi

Senise töö tulemiks on valmiv integreeritud teenusepakkumise loogikamudel, mis toob kokku kõik koordineerimise ja integratsiooni parandamiseks panustavad elemendid. Loogikamudel (vt joonis 1) on koos üldpõhimõtted; pikaajalised eesmärgid, mille suunas soovime liikuda; eesmärgi täitmiseks vajalikud tegevused hoomatavate komponentide ja väljunditena ning vajalike muudatuste rakendamise eeldused. Mudel aitab aru saada, mis on veel puudu ning mis täiendavaid investeeringuid ja arendustegevusi on integratsiooni toetuseks vaja.

Töös olevaid algatusi vaadates on näha, et kuigi osade kitsaskohtade lahendamisega juba tegeletakse, siis teiste ületamiseks ei ole veel midagi kavandatud.



Joonis 1. Koordineeritud ja integreeritud teenusepakumise loogikamudel

Mitmed arendusprojektid panustavad osaliselt samadesse komponentidesse. Sel juhul on oluline toetada arendusmeeskondade koostööd ja kogemuste jagamist, et parimad lahendused tuua üle ka igapäevatöösse.

Koordinatsiooni ja integratsiooni saab süsteemselt toetada, kui selge juhtimise ja pidevalt uueneva ülevaate abil õnnestub jälgida, kui kaugel oleme seatud eesmärkidest ning kuidas ületada takistusi.

Süsteemseid otsuseid tehes tuleb osata arvesse võtta kõigi arendusmeeskondade

teadmisi. Uute algatuste puhul tuleb hoida fookuses kõige kriitilisemaid lülisid. Investeerida tuleb muudatuste elluviimiseks vajaliku tööjõu ja tehniliste rakenduste arendamisse ning rahastuse põhimõtted peaksid edaspidi toetama valdkondade integratsiooni. Just sellist juhtimismudelit senitehtu põhjal arendamegi. Soovime liikuda koos asjaosalistega inimesekeskse teenusepakkumise suunas – lähtudes samadest põhimõtetest, täites ühiseid eesmärke ning olles ühes infoväljas. 

**Marika Saar***Elva abivallavanem*

Valdkondade lõimimise head kogemused Elva vallas

Elva valla üks strateegiline eesmärk on, et vallas elaksid terved, sotsiaalselt aktiivsed ja hästi toime tulevad inimesed. Elva sotsiaaltöö suunad ja suundumused on inimkesksed, koostöised, hoolivad ja uuendusmeelsed.

Meie laste ja perede heaolu on toetatud, väärtustame tervist ja tervislikke eluviise, eakad ja puudega inimesed on aktiivsed kogukonna liikmed ning abivajajatele on korraldatud sotsiaalteenused. Sotsiaalala töötajad on toetatud ja motiveeritud.

Laste ja perede heaolu toetamine

Elva valla aasta sotsiaaltöötegu 2020 on laste ja noorte vaimse tervise kabineti avamine Tartu Ülikooli Kliinikumi psühhiaatriakliiniku, Elva Laste- ja Perekeskuse ning vallavalitsuse koostöös. Selline terviseasutuse ja kohaliku omavalitsuse koostöömudel on praegu küllaltki ainulaadne ning kabineti avamine aitab jagada lastepsühhiaatrie töökoormust ja lühendada ravijärjekordi nende vastuvõttudel. Psühhiaatrilist abi saab pakkuda lapse elukohale lähemal. Kabineti meeskonda kuuluvad vaimse tervise öde, psühholoog ja sotsiaaltöötaja,

olemas on tugi nii psühhiaatril kui ka kliiniliselt psühholoogilt Tartus.

Vaimse tervise öde jälgib ka psühhiaatri määratud ravi mõju ja kõrvaltoimeid ning hindab patsiendi tervist ravi vältel. Samuti nõustab ja juhendab öde patsienti ja tema lähedasi. Sotsiaaltöötaja hindab sotsiaalseid mõjureid ning püüab edendada patsiendi toimetulekuvõimet. Ta jagab infot sotsiaalse ja tugiteenuste kohta ning selgitab, kust soetada abivahendeid ja kuidas neid kasutada. Ta korraldab ka võrgustikutööd ja nõustab sotsiaaltoetuste saamise asjus.

Laste ja noorte vaimse tervise kabineti avamisel ütles dr Sven Janno, et seesugune koostöö omavalitsusega võimaldab teenusemudelit, kus tervishoiuasutuse tippspetsialistid ja kohalikud tugispetsialistid tegutsevad koordineeritult, lähtudes patsiendi ja tema pere vajadustest.

Elva vallas on ka laste ja perede komisjon, mille ülesanne on aidata lapsi, peresid

ja lastekaitsjaid keerukate juhtumite lahendamisel, kui varasemad meetmed ei olnud piisavalt tõhusad. Näiteks lapse korduvad õigusrikkumised, koolikohustuse mitte-täitmine, kohtuvälised kokkulepped, vaidlused vanemate vahel jms. Komisjon annab soovitusi ja teeb ettepanekuid nii asjaosalistele kui ka nendega seotud asutustele. Komisjonile tuleb teada anda, mida on lapse ja pere jaoks juba tehtud ning mis hinnang on antud perekonna üldisele toimetulekule. Komisjonis on sotsiaal-, hariduse, noorsootöö ja tervishoiu valdkonna esindajad.

Tugiisikuteenus ja visioonipäev

Oleme võtnud suuna perede tugiisikuteenuse laiendamiseks, pakume seda koos Elva Laste- ja Perekeskusega. Pakume võimalust osaleda kahes vanemlusprogrammis, need on: „Imelised aastad” ja Gordoni perekool.

Edaspidiseks prioriteediks on kujunemas tegelemine tõrjutusriskis ning NEET ehk mitteõppivate ja mittetöötavate noortega. Oleme osalenud noortegarantii projektis, kuid töö nende noortega peab muutuma aktiivsemaks ja süsteemsemaks. Lähiajal asub Elva vallavalitsuses ametisse ennetustööspetsialist, kes saab sellele teemale pühenduda. Meie noortele on tuge pakkunud Tugila projekt ning nad on osalenud Johannes Mikhelsoni Keskuse programmi- des ja tööotsingukoolitustel.

Igal haridusasutusel peaks olema niisugune tugispetsialistide meeskond, mis on kohane just selle kooli eripärale.

Elva valla traditsiooniks on kord aastas peetav visioonipäev laste ja perede toetamise seotud koostööpartneritele. Ellu on

viidud juba kolm edukat üritust. Kõigepealt uurisime hetkeolukorda ning arutasime, mis on hästi, mida saaks teha paremini, mida muuta ja millest alustada. Teisel aastal võtsime fookusesse ennetus- ja koostöö teemad; sel aastal mõtlesime, kuidas ennetada kiusamist. Elva Laste- ja Perekeskus on korraldanud ka kaks tipptasemel konverentsi.

Laste ja perede toetamine hõlmab paljusid valdkondi ja kõige tihedam koostöö on meil muidugi haridusasutustega. Tähtis on tõhustatud või erituge vajavate laste õpetamine kaasava hariduse põhimõtete järgi. Igal haridusasutusel peaks olema niisugune tugispetsialistide meeskond, mis on kohane just selle kooli eripärale. Lasteaegades on varajane märkamine samuti väga oluline, seepärast oleme ette näinud raha ka lasteaegade tugimeeskondade suurendamiseks.

Võrgustikud ja tugirühmad

Elva vald osales koostööprojektis Põltsamaa ja Mustvee valla, et analüüsida teenuste juhtimisstruktuure ja mudeleid eri omavalitsustes. Sedasi saime süveneda valdkonna probleemidesse ning arutada lahendusi. Hästi hakkas toimima tugispetsialistide ülevallaline võrgustik, mis võimaldab jagada parimaid praktikaid ja arendab üheskoos teenuseid – näiteks tahame arutada kvaliteedi hindamise kriteeriume. Plaanis on alustada ka väiksemate erialaste tööühmadega, nt logopeedide, eripedagoogide, sotsiaalpedagoogidega.

Toetuse korraldamiseks on vaja hoida spetsialistide võrgustikku ning selgitada välja eri rolle ja suhtlusskeeme. Oleme võtnud lähiaja ennetustöö fookusesse abivajavate laste märkamise seotud „tuletõrjeõppused”: tahame, et iga võrgustikuliige oskaks keerukates olukordades õigesti käituda ja koostöö sujuks. Selleks kohtume nii perearstide kui ka kooliõdede, noorsootöötajate ja huvijuhtidega. Uuest õppeaastast

soovime võrgustikku kaasata spordiklubide treenerid ning arutada nendega abivajavate laste märkamist ja hariduslike erivajadustega laste treenimise eripärasid.

Koostöös Elva Laste- ja Perekeskusega plaanime moodustada tugirühmad puudega laste vanematele, et nad ei jääks üksi, saaksid vajalikku infot ja tuge nii spetsialistidelt kui ka üksteiselt.

Väärtustame tervist ja tervislikke eluviise

Tervisedendus on suurepärane näide valdkondade lõimumisest. Tervist väärtustava ja soodustava käitumise ning tervist toetava elukeskkonna arendamisega saab tegeleda vaid valdkondade, organisatsioonide ja spetsialistide koostöös.

Elva vallas koondab eri valdkondade spetsialiste tervise ja heaolu komisjon, mis koordineerib meie eesmärke ja tegevusi elanike tervise, turvalisuse ja elukvaliteedi parandamisel. Komisjon korraldab vähemalt kaks korda aastas kampaania, et juhtida tähelepanu olulistele teemadele ja probleemidele.

Tervist väärtustava ja soodustava käitumise ning tervist toetava elukeskkonna arendamisega saab tegeleda vaid valdkondade, organisatsioonide ja spetsialistide koostöös.

Eelmisel sügisel oli nt sotsiaalmeedia-kampaania „Võta aega”, mille käigus jagati soovitusi, kuidas hoida tasakaalus vaimset tervist. Enne seda uurisime olukorda ja just vaimse tervisega seonduvad probleemid tundusid ülekaalukalt kõige teravamad. Järgmisena on plaanis juhtida tähelepanu nutisõltuvusele; ühe vastumeetmena propeerime liikumist.

Terviseteemad on väga tihedalt seotud hariduse ja spordi valdkonnaga. Kõik valla haridusasutused on tervist edendavate koolide või lasteaedade võrgustiku liikmed, paljud koolid on liitunud „Liikuma kutsuva kooli” projektiga. Soovime luua haridusasutuste tervisedendajate koostöövõrgustiku, et neil oleks omavahel lihtsam kogemusi vahetada, plaane ja tegevusi ellu viia.

Hooldame ja arendame vallas spordiobjekte ning korraldame spordiüritusi. Elva linnas on tänapäevane, eri võimalusi pakkuv spordihoone. Elva kuulub Tervist Edendavate Omavalitsuste Võrgustikku, koos saame korraldada näiteks suuremat kõlapinda vajavaid tervisekampaaniaid.

Eakad ja puudega inimesed kogukonnaliikmeina

Elval on kaks väga head näidet, kuidas delegerida teenus kolmandale sektorile. Elva linna päevakeskuse teenust pakub MTÜ Hoolekoda, kes koostöös Tartu Ülikooliga korraldab ka Väärikate Ülikooli, mis on isegi üle ootuste populaarne. Päevakeskuses toimuvad huvitegevused, korraldatakse väljasõite.

Toredaks tavaks on saanud, et vallavanem ja abivallavanem käivad kord kvartalis Elva päevakeskuses eakatega kohtumas. Eakad saavad välja pakkuda, kuidas võiks korraldada valla elu ning arutleda ja küsida neile olulistel teemadel.

Rannu päevakeskuses pakub teenust MTÜ Tõusvad Tähed, mis korraldab samas majas ka noortekeskuse tööd. Eri sihtrühmade koondamine tekitab kindlasti uusi põnevaid võimalusi nii noortele kui ka eakatele.

Vähemalt kord kvartalis on Elva linnas eakate tantsuõhtu, piirkondades on vähemalt kord aastas mõni pidu suunatud just väärikatele. Tahame korra aastas teha valla eakatele ka tervise- ja ohutuse päeva.

Euroopa Sotsiaalfondi rahastatud projekti „Hoolekandeteenuste arendamine Elva vallas” toel oleme oluliselt laiendanud koduteenust. Soovi korral saame paigaldada eakatele heaolumonitorid ehk sellised käekellad, mis annavad hooldustöötajale info kliendi heaolu kohta. Tavapärasele häirenupu funktsioonile lisaks võimaldab monitor jälgida muutusi eaka liikumises ja tervises seisundis. Nii saab kiirelt reageerida ohtlikele olukordadele ja pakkuda paremat koduteenust. Praegu katsetame esimesi kellasid, edaspidi soovime kasutada seda võimalust laiemalt.

Sotsiaalteenused abivajajaile

Vahetasime välja kõik elektriautod, vald hankis kümme uut sõiduauto. Nii on koduteenuse osutamine mugavam nii kliendile kui ka hooldustöötajale. Kasutame FleetComplete platvormi, mis aitab korraldada logistikat ja pidada sõidupäevikuid. Analüüsime praegu, kas viia ka hooldustöötajate töö plaanimine ja tagasiside andmine samale platvormile. Eri e-teenuste arendamisega saame muuta koduteenuse veelgi paremaks ja sisulisemaks.

Koos SA Elva Laste- ja Perekeskusega pakume erivajadusega inimeste tugiisikutele ja koduteenuse pakujatele supervisiooni. Hooldustöötajad on leidnud, et selline juhtumite läbirääkimine aitab neil oma tööd paremini mõtestada ja toetab vaimset tasakaalu.

Hea sild tervishoiu- ja sotsiaalteenuse vahel on samast projektist rahastatud intervallhooldus, mis toetab tööturul osalemist. Kui eakas lähedane on saanud õendusabi-teenust ja vajab edasi ainult üldhooldusteenust, saavad patsiendid vahepeal kasutada intervallhooldust, mis näiteks Elva vallas tähendab, et on tagatud pikem järelevalve ja kõrvalabi. Tegu on ajutiselt väljaspool kodu

osutatava üldhooldusteenusega, millest on palju abi. Tööealine hooldajast lähedane saab tööl edasi käia või ka ajutiselt hooldusülesannetest puhkust võtta.

Põnev algatus, mis suurendab tervise- ja sotsiaalvaldkonna koostööd, on Tartu Ülikooli Kliinikumi insuldiprojekt, mille eesmärk on ladus ja inimkeskne raviteekond. Elva vald osaleb projektivõrgustikust Elva Haigla kaudu, et võimaldada insuldipatsientidele vajalikke teenuseid kodus keskkonnas, näiteks koduteenust või kodude kohandamist.

Suur abi on olnud Euroopa Regionaalarengu Fondi rahastatavast projektist „Elva valla puuetega inimeste eluasemete füüsiline kohandamine”, mis on andnud võimaluse kohandada 55 puudega inimese eluruumi. Koostööprojekt päästeametiga „500 kodu korda” on muutnud Elva valla kodud tuleohutumaks.

Eri e-teenuste arendamisega saame muuta koduteenuse veelgi paremaks ja sisulisemaks.

Tartumaa Ühistranspordikeskus osaleb katseprojektis, millega tahetakse muuta sotsiaaltranspordi korraldamine maakonnakeskseks ning edaspidi integreerida see ka ühistranspordiga. Integreerimise teeb keerukaks see, et hea sotsiaaltranspordi teenusega kaasneb ka abistamine arsti ukse taha või apteeki jõudmisel, ilma uuenduslike lahendusteta ei suuda ühistransport seda veel pakkuda.

Selleks, et meie sotsiaaltöö oleks inimkeskne, hooliv ja uuendusmeelne, on tarvis visiooni ja tegevuskava. Siis on koostöö, suhtlemine, toetamine ja tunnustamisega võimalik saavutada kõike.



**Kitty Kubo***innovatsioonijuht, Eesti Haigekassa*

Insuldipatsiendi raviteekond muutub sujuvamaks

Olgugi, et insuldipatsiendid saavad Eestis väga head aktiivravi, ilmnevad raviteekonnal mitmed takistused, mille ületamiseks otsitakse koostöös lahendusi.

Igal aastal saab Eestis ligi 3000 inimest isheemilise insuldi ehk ajuinfarkti. Haiguse tagajärjed on tõsised ja lõppevad tihti halvatus või surmaga. Hetkest, mil inimesel ilmnevad insuldi sümptomid, alustab ta teekonda, kus kohtub erinevate inimestega alates kiirabitöötajast ja neuroloogist kuni taastusravispetsialistide ja sotsiaaltöötajani. Kokkupuudetele tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemis toimetavate inimestega lisaks ollakse eri paikades, nagu haigla, kodu ning võib-olla ka hooldekodu.

Raviteekonnal tuleb lähtuda patsiendist

Iga inimese raviteekond on ainulaadne – on ootamist, teadmatust ja hirmu muutunud elukorralduse ees. Raviteekond on patsiendi ja tema lähedaste vaatenurgast hoopis teistsugune kui näiteks arsti või õe omast. Lähenedes raviteekonnale just patsiendi vaatenurgast, on võimalik muuta tervishoidu inimkeskemaks.

Insuldi saanud inimese aktiivravi Eestis on maailmatasemel. Paraku ilmnevad edasisel raviteekonnal mitmed takistused. Patsientidele ja lähedastele tundub süsteem keeruline ja killustunud ning neil puudub ülevaade raviteekonnast ja selle võimalustest. Milliseid teenuseid ja mis alustel on võimalik saada? Mis saab pärast haiglast kojuminekut? Kellel ja mis tingimustel on õigus saada taastusravi või abivahendeid? Mis saab inimesest, kui ta arstiabi enam ei vaja, kuid ka kodus üksi hakkama ei saa? Inimene ootab vastuseid kõigile neile küsimustele. Seejuures on oluline, et see toimuks inimlikult suheldes ja arusaadaval moel.

Insuldi raviteekonna läbivad koos patsiendiga ka tema lähedased.

Insuldi raviteekonna läbivad koos patsiendiga ka tema lähedased. Ometi ei arvestata piisavalt nende vajadustega, ei pakuta neile

eraldi teenuseid ega kaasata süsteemselt teraapiatesse. Üks suur murekoht on lähedaste suurenenud hoolduskoormus: kes hakkab insuldipatsienti iga päev kodus vaatamas käima või võtab lähedase enda juurde, kas peab hoopis otsima koha hooldekodus? Lähedaste toetus on taastumisel ülioluline, ilma selleta jääb inimene suurema tõenäosusega isolatsiooni ning vajalike teenusteta.

Insuldipatsient vajab aktiivravist enamat

Sageli ei liigu info eri asutuste vahel piisavalt ja ka koostöö on kesine, näiteks ei saa perearst teavitust, et tema patsient on saanud insuldi ning sattunud haiglasse. Puuduvad ka kokkulepped, milline peaks olema inimese raviteekond pärast esimest insuldijärgset nädalat haiglaravil. Olukorra teeb veelgi keerulisemaks taastusravikohtade vähesus: vahel lihtsalt ei ole inimese jaoks vaba taastusravi voodit ning haiglast otse koju või hooldusasutusse liikudes jääb taastumise potentsiaal kasutamata. Samal ajal kasutatakse haiglavälist ambulatoorset taastusravi liiga vähe. Enamasti põhjustab seda paindlike transpordivõimaluste puudumine, mistõttu inimene ei pääse kodust välja vajalikke teenuseid saama.

Kehalisele tervisele ja taastumisele lisaks vajab tähelepanu ka vaimne tervis.

Kodune taastusravi, näiteks füsioteraapia või tegevusteraapia, pole meil veel eriti levinud. Kõige suurem takistus raviteekonnal on aga üleminek tervishoiusüsteemist sotsiaalsüsteemi, sest muutub teenuse rahastamise loogika ning kaks süsteemi ei suhtle omavahel piisavalt.

Nii spetsialistid kui ka patsiendid on ühel nõul, et praegu on raviteekonnal

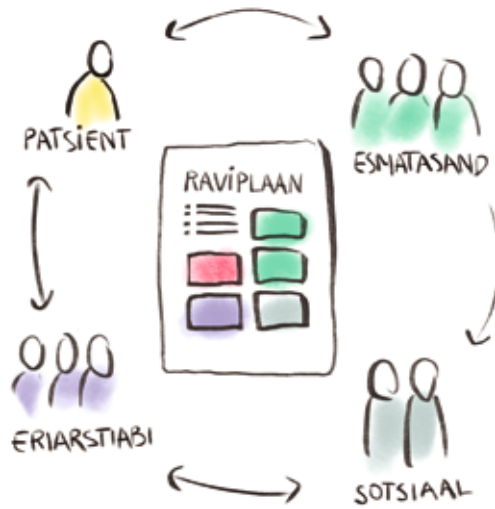
mitmed teenused puudu või pole piisavalt kättesaadavad.

Alustades sellest, et enamasti pole haiglates võimalik pikkade pühade ajal ega nädalavahetusel saada teraapiaid ning lõpetades asjaoluga, et patsiendid tahaksid vajalikke teenuseid saada võimalikult kodu lähedal, kogukonnas või kodus. Ära ei tohi unustada, et insuldipatsiendi kehalisele tervisele ja taastumisele lisaks vajab tähelepanu ka vaimne tervis, mis paraku kipub ravis jääma tagaplaanile.

Kuus sammu sujuvama raviteekonnani

Haigekassa korraldatud teenusedisaini töötoas arutasid spetsialistid ja insuldi läbi põdenud inimesed koos, kuidas raviteekonda paremini korraldada ja jõudsid kuue arendusvajaduseni.

1. **Patsiendikeskne lähenemine.** Patsient ja tema lähedased peavad saama õigel ajal neile arusaadavat ja asjakohast teavet ning olema kaasatud neid puudutavate otsuste tegemisse.
2. **Ühtne raviplaan.** Raviplaan peab olema kõigile asjaosalistele kättesaadav dokument, kus on kirjas patsiendiga koos seatud eesmärgid, raviskeem, riskitegurid, olulised kontaktid, visiidid jmt. Raviplaan peab liikuma patsiendiga kaasas ja andma igale järgmisele spetsialistile ülevaate senisest ravist ja selle tulemustest ning võimaldama raviplaani täiendada või muuta.
3. **Koostöö ja rollijaotus.** Raviteekonna osalised peavad kokku leppima rollijaotuses – ehk kes, kus, mida ja kuidas teeb ning kuidas patsient sujuvalt ühest raviastapist teise liigub.
4. **Koordineerija rolli loomine.** Koordineerija rolli täitev spetsialist peab olema patsiendile ja lähedastele kogu teekonnal



Joonis 1. Patsiendi sujuv raviteekond

esmaseks kontaktiks ning juhtima neid ühest ravietapist teise.

5. **Kodu- ja kogukonnateenuste arendamine.** Patsient peab saama teenuseid kooskõlas oma individuaalsete vajaduste ja eelistustega kodus või võimalikult kodu lähedal.
6. **Patsiendi ravitulemuste mõõtmine.** Kasutusele tuleb võtta ühtne patsiendi ravitulemuste mõõtmise süsteem, et tulemused oleksid võrreldavad ja võtaksid arvesse kõigile asjaosalistele olulist.

Kuidas edasi?

Selleks, et nende arendustega alustada ja konarlik raviteekond patsiendi jaoks sujuvamaks muuta, algatas haigekassa insuldi juhtprojekti. Selle kaugem eesmärk on parandada Eesti inimeste elukvaliteeti pärast insulti. Juhtprojekti ühe osana toetab haigekassa raviteekonna arendusprojekte, et anda tervishoiusüsteemis iga päev insuldi-patsiendi ja tema lähedastega kokku puutuvatele spetsialistidele ja asutustele tõuge

koostööks ning positiivsete muutustega alustamiseks.

Insuldi aktiivravi pakkuvate haiglate eestvedamisel ja koostöös teiste osalistega (näiteks taastusravikliinikute, perearstide, sotsiaaltöötajate ja kohalike omavalistustega, erialaseltside ja patsiendiorganisatsioonidega) elluviidavad arendusprojektid peavad leidma lahendused eespool toodud kuuele arendusvajadusele.

Arendusprojektid valiti kahe-etapilise taotlusvooriga. Esimeses ehk ideede voorus 2019. aasta sügisel said kõik kuus Eestis insuldi aktiivravi pakkuvat haiglat taotleda toetust arendusprojekti ettevalmistamiseks, kaasates insuldipatsiendi raviteekonna teisi osalisi. Hindamistulemuste põhjal otsustas Haigekassa toetada Tartu Ülikooli Kliinikumi, Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Lääne-Tallinna Keskhaigla ja Ida-Viru Keskhaigla arendusprojektide algatusi. Teises voorus veebruaris 2020 otsustati anda toetus samadele haiglatele, et nad saaksid esimeses etapis väljatöötatud arendusprojektid ellu viia.

Arendusprojektid kestavad 2021. aasta lõpuni. Projektide kogumaksumus on 1,1 miljonit eurot ja neid rahastatakse haigekassa innovatsioonifondist. Tulemuseks oodatakse uudseid, kasutajate testitud ja hinnatud lahendusi, mida tervishoiusüsteemis kasutusele võtta patsiendi raviteekonna parandamiseks.

Arendusprojektidega alatatavaid positiivseid muutusi raviasutustes toetavad juhtprojekti kaks ülejäänud osa: raviteekonnapõhise tasustamismeetodi rakendamine ja patsiendi tervisetulemite mõõtmise praktika loomine. Neid tegevusi juhib haigekassa ja neid viiakse ellu koos arendusprojekte rakendavate haiglatega.

Uue tasustamismeetodiga saab haigekassa anda teenuseosutajatele stiimuli parandada ravi sidusust. Patsiendi tervisetulemite süsteemset mõõtmist rakendatakse Eestis esimest korda. Seni on tervisesüsteemis mõõdetud enamasti sisendeid, väljundeid ja protsessi, aga mitte inimeste tervisetulemeid. Nii puudubki praegu info insuldi üle elanud inimeste elukvaliteedi kohta ehk selle kohta, mis on insuldi üle elanud inimese ja tema lähedaste jaoks kõige olulisem. Võttes arvesse insuldi juhtprojekti suurt eesmärki parandada insuldi üle elanud inimeste elukvaliteeti, tuleb esimese sammuna seda elukvaliteeti mõõtma hakata. 

Lisainfo haigekassa kodulehelt:
www.haigekassa.ee/partnerile/raviasutusele/insuldi-juhtprojekt

Neli arendusprojekti

Tartu Ülikooli Kliinikum koostööpartneritega: ladus ja inimkeskne raviteekond kogu teeninduspiirkonnas. Eesmärgid:

- parandada koolituste abil insuldikäsitluse kvaliteeti, pöörades erilist tähelepanu õendus- ja hooldustegevuse tõendus põhisele ning meeskonnatööle;
- korraldada kliinikumi koostöövõrgustikus insuldikäsitus sujuvalt ja inimkeskselt ning muuta raviteekond ühtmoodi arusaadavaks kõigile asjaosalistele.

Põhja-Eesti Regionaalhaigla koostööpartneritega: insuldipatsiendi ühtse raviteekonna pilootprojekt. Eesmärk:

- arendada ja testida lahendusi, mille abil insuldi diagnoosiga inimene jõuab kõigi vajalike teenusteni ning kus lähedased on võimestatud muutunud elukorraldusega toime tulema ning haigestunu taastumisprotsessile kaasa aitama.

Ida-Viru Keskhaigla koostööpartneritega: isheemilise insuldiga patsiendi raviteekonna arendus Ida-Virumaal. Eesmärgid:

- välja on töötatud isheemilise insuldiga patsiendi struktureeritud, patsiendikeskne, kaasav ja sujuv akuutravijärgne teekond, milles kõigi asjaosaliste rollid ja vastutus on raviplaani abil selged;
- väheneb insuldiga haigete akuutsete kordushospitaliseerimiste ja erakorralise meditsiini teenuste kasutamine Ida-Virumaal, vähenevad ennetatavad insulditüsistused;

- paranevad insuldi põdenud haigete ravi tulemused, funktsionaalne iseseisvus, elukvaliteet, ravisoostumus, tööle naasmise määr; väheneb asutushoolduse vajadus. Ravitulemusi ja patsiendikeskseid mõõdikuid registreeritakse ja analüüsitakse;
- kogukonnal on teadmised insuldist; insuldiga patsiendil ja tema lähedastel on insuldijärgse seisundiga toimetulekuks vajalikud teadmised ja oskused.

Lääne-Tallinna Keskhaigla koostööpartneritega: katkematu raviteekonna loomine insuldi läbi teinud inimestele. Eesmärgid:

- parandada insuldi saanud inimese tervisetulemit;
- mõõta projekti jooksul mitmeid näitajaid. Näiteks parandatakse 30 päeva suremust, tüsistuste teket, korduvat insuldi 30/90 päeva jooksul, taastusravi kättesaadavust, perearsti külastatavust jne;
- projekti lõpptulemusena tekib parim terviklik praktikas toimiv patsiendikeskne raviteekonna mudel, mille on loonud laialdane võrgustik Eesti tippspetsialiste eri valdkondadest ja mis koosneb mitmekülgsetest ja kättesaadavatest teenustest.

Lisainfot projektide kohta leiab haigekassa kodulehelt:
www.haigekassa.ee/partnerile/raviasutusele/insuldi-juhtprojekt/arendusprojektid.

**Kadri Oras***SA Viljandi Haigla koduteenuste osakonna juhataja***Svea Seidla***PAIK-projekti koordinaator*

Pilootprojekt PAIK – koostöö patsiendi heaks

Viljandimaal algatatud pilootprojekti¹ töötavad inimeste heaks ühises meeskonnas tervishoiu- ja sotsiaalvaldkond: perearst, pereõde, eriarst, kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja ja apteeker, kogukond ja perekond.

2020. aasta alguseks olid projektiga liitunud kõik Viljandimaa omavalitsused ja üle poolte perearstipraksiste.

Miks me seda teeme?

„Süsteemis on mingisugune auk, kus inimesed jäävad kahe poole vahele!” – sellise üllatusliku järelduseni jõudis Maailmapanga ekspert Christoph Kurowski 2015. aastal pärast Eestis korraldatud tervishoiusüsteemi analüüsi. Haigla ravib tulemuslikult patsiente, perearstisüsteem on väga tõhusalt üles ehitatud, aga nende kahe vahel on lõhe, kus inimene jääb hätta.

Selle augu paikamiseks kutsuti Viljandis ellu PAIK-projekt, et leida ühe maakonna näitel koostöömudel, kuhu oleksid kaasatud esmasasand, haigla ning KOVi sotsiaalvaldkond. Ühine eesmärk oli ja on aidata kroonilise haigusega inimest integreeritult

ja patsiendikeskselt.

Projekti alguseks saab pidada 16. detsembrit 2016, kui Civitta Eesti AS koos kaaspakkujaga Velvet DP OÜga võitsid sotsiaalministeeriumi algatatud hanke ja alustasid integreeritud teenuse ehk PAIK-mudeli väljatöötamist, kaasates sinna osalisi nii Viljandi maakonnast kui ka väljastpoolt.

Projekti hakati katsetama 2018. aasta juunis vaimse tervise valdkonnas. Sama aasta sügisel liitus ka somaatiline pool. 2019. aasta sügisel võttis PAIK-projekti meeskond kasutusele teenuse saamise kriteeriumite töölehe, patsiendi seisundi ja toimetuleku hindamisvahendid ning tagasiside küsitlusankeedid.

Kuidas koostöö toimib?

Abi plaanimise ja andmise keskpunktis on inimene oma vajaduste ja eesmärkidega.

¹ PAIK on Viljandi haigla ja sotsiaalministeeriumi algatatud ning haigekassa ja Viljandi haigla rahastatud pilootprojekt.

Tema eesmärkide sõnastamise kaudu jõuame toimiva abini.

Kokkulepitud kriteeriumite alusel suunab patsiendi teenusele arst, õde vm spetsialist. PAIK-projekti tervisejuht tutvustab patsiendile teenuse sisu ja selgitab koos patsiendiga välja teenuse vajaduse.

Projektiga töötab neli tervisejuhti: kaks õe ning kaks sotsiaaltöötaja hariduse ja kogemusega inimest, kes püüavad koostöös esmatasandi tervishoiutöötajate (perearst ja pereõed), koduõdede, kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajate ning haigla spetsialistidega patsienti tema raviteekonnal aidata.

Koos lepitakse kokku tegevuskava patsiendi tervise hoidmiseks ja parimaks toetamiseks – sõnastatakse patsiendi terviseplaan. Patsiendi terviseplaan on võrgustiku liikmete ühine kokkulepe, mis sisaldab patsiendi eesmarke ja võimalikke tegevusi nende saavutamiseks.

Võrgustikutöös kasutatav IT-platvorm Teleskoop loodi spetsiaalselt haigla infosüsteemi lisamoodulina. Sinna saavad võrgustiku liikmed, õed, arstid, sotsiaaltöötajad, vajaduse korral ka patsiendi pereliikmed lisada olulisi dokumente – hindamiste kokkuvõtteid, kohtumiste protokolle. Keskkel kohal on seal patsiendi terviseplaan (nii ravimite võtmise plaan kui ka tegevuskava patsiendi eesmärkide saavutamiseks). Võrgustikukohtumisel kokku lepitud tegevuskava saab avada ka alamtegevuste kaupa ja iga kokku lepitud tegevuse taha tuleb märkida vastutaja, nii muutub IT-platvorm tööloikude eest vastutajate jaoks töövahendiks, mille abil oma töid plaanida ja teistele selle kohta teavet jagada. Teleskoobiga on liidestunud Viljandi maakonna kõik kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajad ja enamik perearstipraksistest.

Tegevuskava täitmist jälgib tervisejuht,

KOMMENTAAR

Livia Kask

Viljandi linna sotsiaaltöö juht

Juba PAIK-projekti kavandamise alguses lootsid maakonna sotsiaalvaldkonna inimesed sellelt palju. Nimelt oleme oodanud aastaid lahendust, kuidas õnnestuks meditsiinisüsteemi töötajatega teha koostööd veelgi paremini. Koostöö küll toimis, kuid seda sageli just kahe valdkonna töötajate heade suhete tõttu, mitte aga süsteemselt.

PAIK-projekt on andnud meile veelgi rohkem, kui projektis kirjas ja mida sellest oodati. See on parandanud koostööd tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna vahel, ja samal ajal parandanud ka inimeste abistamise kvaliteeti. Selline koostöö vähendab dubleerimist, hoiab kokku mõlema valdkonna töötajate tööaega ja hõlbustab infovahetust, vähendades riski, et abivajaja võiks kahe süsteemi vahele ära kaduda. PAIK on andnud meile võimaluse rääkida meditsiinitöötajatele (perearstid, haigla töötajad) sotsiaalteenustest ja lastekaitsetööst, nad on nüüd teadlikumad meie pädevusest ja võimalustest inimeste abistamisel ning sotsiaaltöö põhimõtetest. Nad oskavad õigel ajal ja õiges kohas anda patsientidele vajalikku infot või jagada soovitusi.

Minu varasemad head suhted meditsiini-valdkonna inimestega on läinud veel paremaks ja sisukamaks ning väga palju on tulnud juurde uusi häid tutvavaid. Heas mõttes süüdlaseks võib pidada just PAIK-projekti. Kui küsida, kas sel projektil on ka mingeid puudusi, siis aus vastus on, et ei oska öelda. Sotsiaalvaldkonna inimesed ei ole millegi üle kurnanud.

Olen tänulik hea koostöö eest Viljandi haigla juhatusel, kelle eestvedamisel ja toel PAIK-projekti ellu viiakse, ning inimestele, kellega me selles projektis iga päev toimetame. Hea tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna inimeste koostöö tagab selle, et oleme ise paremad oma valdkonnas ja ka paremad meeskonna-liikmed koostööpartneritele abivajajate heaks.

kes suhtleb järjepidevalt patsiendi ja võrgustikuliikmetega. Tuletab meelde, soovitab, suunab, motiveerib jne.

Kas auk on nüüd leidnud sobiva paiga?

Oleme kavandanud, katsetanud, testinud ja „õmmelnud” seda juba neli aastat. Oleme täis usku, et sellest saab vajalik PAIK, aga teame ka, et pikk tee on veel minna. 

Malle lugu – mäluhäired ja eestkoste seadmine

83-aastane Malle (*nimi muudetud*) elab üksi linnas asuvas korruselamus. Diagnoose on tal mitu: südamepuudulikkus, südamekahjustusega kõrgvererõhutõbi ja maohaavand. Malle oli Viljandi haigla siseosakonnas ulatuslike tursetega. Raviarst soovitas talle PAIK-teenust, sest kodus jäid naisel ravimid (sh diureetikumid) võtmata. Patsient nõustus, soovides kodus paremini hakkama saada.

PAIKi meeskond andis pereõele teada, et patsient liitus teenusega. Pereõelt saadi tagasisidet, et patsient jättis oma ravimid võtmata. Pereõde ja perearst arutasid läbi esialgse plaani patsiendi abistamiseks. Otsustati, et patsient vajab koduõendusteenust.

PAIKi koordinaator andis KOVi sotsiaaltöötajale teada, et patsient osaleb PAIK-teenuse projektis, arutati ka koduse lisaabi vajadust. Koduõde aitas hinnata olukorda patsiendi kodus ja sõnastas tema probleeme. Selgus, et patsiendil on tõsised diagnoosimata mäluhäired ja tal on raskusi igapäevatoimingutega. Samas oli Malle väga koostöövalmis, sest ta soovis elada kodus ja haiglasse mitte sattuda. Patsient nõustus võrgustikukohtumise ja sotsiaaltöötajate osalemisega kohtumisel, kus arutati, kes ja mida saab Malle heaks teha.

Malle kodus peetud võrgustikukohtumisel osalesid PAIKi tervisejuht, koduõde, kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja, pereõde ja telefoni teel ka perearst. Selgus, et Mallet kimbutavad tõsised lühi- ja ka pikamäluhäired, mistõttu ta vajab kõrvalist abi ja jälgimist ravimite tarvitamisel ning igapäevaelus. Lepiti kokku, et abi osutatakse jalutamisel, retseptiravimite väljaostul ja vererõhu ning tursete jälgimisel. Esialgu tehti selline plaan kaheks kuuks.

PAIKi meeskond muretses Malle köögis märgatud alkoholipudelite pärast. Mallel esineb tõsiseid mäluhäired, seetõttu oli põhjust kahelda, kas tema raha ja vara on ikka turvaliselt hoitud. Omavalitsuse sotsiaaltöötajal paluti asja uurida. Sotsiaaltöötaja hindas olukorda ja arvas, et võib tekkida vajadus eestkoste seadmise järele.

Koduõe visiidid jätkusid. Mallel esines üha rohkem mäluhäireid ja ka probleeme ravimite võtmisega. Vahel pakkus Malle koduõele raha, oskamata selgitada, mille eest. Tugivõrgustiku konsultatsiooni käigus otsustati, et omavalitsus peab algatama Mallele eestkoste seadmise.

Kuidas PAIK abistas:

- aitas patsiendil endal seada eesmärgi;
- koduõde ja koduhooldaja suunasid ja aitasid eesmärgipäraselt;
- kliendiramat võimaldas välja trükkida raviplaani, tegevusplaani, kontaktnumbrid ja muu vajaliku;
- võrgustik (pereõde, koduõde, PAIK sotsiaaltöötaja ja kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja) tegutses koos selle nimel, et patsient võtaks vajalikke ravimeid ja ta ei satuks taas haiglasse.

Lisainfo: www.vmh.ee/paik.

Hannaliisa Uusma

Madli Raudkivi

Anne Klaar

ohvriabi- ja ennetusosakond, sotsiaalkindlustusamet

Elude päästmine võrgustikutöös MARACi abil

Lähisuhtevägivalla tõttu hukub Eestis inimesi igal aastal. 2020. aasta esimesel poolel hukkus seetõttu üheksa inimest. MARACi võrgustikutöö eesmärk on tagada kõrge riskiga vägivallajuhtumite korral kannatanu turvalisus.

Kõrge riskiga¹ ehk elu ning tervist ohustav lähisuhtevägivald ei tarvitse päädida surmaga, ent mõjub igal juhul kannatanule laastavalt. Kannatanu on enamasti olnud jõhkra vaimse, füüsilise ning seksuaalse vägivalla ringis aastaid, seetõttu peegelduvad tagajärjed sageli väga kehvast vaimses ja/või füüsilises tervises, keerulises majanduslikus seisus (sh töövõimetus) ja ka katkenud suhetes lähedastega.²

Kannatajateks on alati ka vägivalda pealt näinud lapsed, see põhjustab omakorda vägivalla jätkumist põlvkondade üleselt (Salla ja Raudsepp 2019, 71–75). Väärkohtlemise kogemine lapsepõlves suurendab mitmete probleemide esinemise riski nii lapseas kui ka täiskasvanuna, sh tervise-, majanduslikke, sotsiaalseid ja käitumisprobleeme,

madalamat kognitiivset ja akadeemilist võimekust (*ibid*). Erilisi raskusi kogevad seega nii kannatanu kui ka tema lähedased. Seetõttu on kõrge riskiga kannatanu abistamine ja toetamine ebatavaliselt keerukas ning eeldab erilist vastutustunnet.

Küsimuste amplituuda, millega spetsialistid nende juhtumitega tegeledes kokku puutuvad, on lai ning keeruline. Sageli kerkivad üles lapsega seotud hooldusküsimused, lähenemiskeelud, õigusabi, psühholoogilise toe vajadus, varjupaigateenused jne. Mõnel juhul on tegu seaduse piire kompivate riigipiiriüleste immigratsiooniküsimustega ja tekib vajadus uute kohtulahendite järele.

Selleks, et mõista paremini kõrge riskiga lähisuhtevägivalla all kannatava inimese olukorda, tema abivajadust ning

¹ Kõrge lähisuhtevägivalla risk viitab lähisuhtes aset leidva vägivalla eluohtlikkusele või rasketele vaimsetele ning füüsilistele tervisekahjustustele, mis kaasnevad koduse vägivallaga.

² Eestis tehtud uuringust selgus, et enamik ohvreid on pikka aega kannatanud kõigi vägivallaliikide, st vaimse, füüsilise, seksuaalse ja majandusliku vägivalla all (Klaar 2019).

leida võimalikke lahendusi, on võrgustikutöö kõige tõhusam meede (University of Huddersfield 2013, Harne ja Radford 2008). Üks tõhusaks peetav võrgustikutöö tööriist on alates 2016. aastast Eestis kasutusel olev MARACi mudel, mille kasutamine on andnud häid tulemusi elu- ja terviseohtliku ehk kõrge riskiga lähisuhtevägivalla juhtumitega tegelemisel (EIGE 2015, EMPROVE 2018).

Mis on MARAC?

MARAC (ingl *Multi-Agency Risk Assessment Conference*) on võrgustikupõhine juhtumikorralduse mudel, mis võimaldab kindlaks teha kõrge riskiga lähisuhtevägivalla ohvreid, kindlustada nende kaitse mitme asutuse spetsialistide koostöös ning selle kaudu ennetada ja vähendada lähisuhtevägivalda ja selle raskeid tagajärgi. Kõrge risk viitab sellele, et kannatanu kogeb tavapäraselt kahjustava lähisuhtevägivalla mitut liiki või on tema elu lausa ohus. Eluohtlikkus hõlmab siinkohal nii tapmise kui ka suitsiidi ohtu.

MARACi mudel töötati välja Ühendkuningriigis ning seda on seal tõhusa riikliku praktikana kasutatud ligi paarkümmend aastat. Ka põhjanaabrid Soomes korraldavad kõrge riskiga juhtumeid MARACi mudeli alusel. Britid ja soomlased on uuringutes välja toonud, et hästi toimiv MARAC võimaldab juhtumiga seotud spetsialistidel jagada vastutust ja kohustusi ning jõuda seetõttu kiiremini ja tõhusamalt nii oma valdkonna kui ka valdkondadeüleste juhtumikorralduslike eesmärkideni. Soomlaste kogemuse põhjal lõppes tänu MARACi sekkumisele korduvalt kogetud vägivald 70% juhtudest (Rikoksentsorjunta 2020).

Kes osalevad MARACis?

MARACi rakendamisel moodustatakse igas piirkonnas (olgu selleks maakond, linn

Vabatahtlikud tugisikud

MARACi klientidel on sageli trauma, mis on tekkinud pikaajalise raske lähisuhtevägivalla tõttu, ja selle leevendamiseks vajatakse mitmekülgset abi ja tuge. Kannatanutel ja lastel võib olla tekkinud vägivallatsejaga traumaatiline side ning turvalisema elu nimel tehtud muudatused võivad suurendada vägivallariski, kannatanu ärevust ja hirmu veelgi. Seetõttu pakub MARAC kannatanutele eriväljaõppega vabatahtlikke tugisikuid. Emotsionaalne tugi ja abi vägivallaringist väljumisel annab häid tulemusi. Seda on mõõnnud nii kannatanud kui ka MARACi tuumikrühmade liikmed. Kuigi tegu ei ole professionaalse psühholoogi või nõustajaga, pakub tugisik inimlikku tuge, vahendab infot ohvriabitootaja ja kannatanu vahel, esindab kannatanut vajaduse korral MARACi koosolekul, jõustab teda ametkondadega suhtlemisel jne.

Eeldame tugisikuks saajatelt varasemat (töö)kogemust või kokkupuudet lähisuhtevägivalla ohvritega. Kindlasti tuleb kasuks ka julgus, avatus ja hea suhtlemisoskus ning valmidus tegeleda multiprobleemsete olukordadega. Eriti tähtis on hinnangutevaba lähenemine ja mõistmine, kui tähtsad on turvalisus ja konfidentsiaalsus.

Huvilised võivad endast alati märku anda MARACi tugisikute koordinaatorile Madli Raudkivile e-posti aadressil Madli.Raudkivi@sotsiaalkindlustusamet.ee.

Inimesi värvatakse ankeedi, vestluse ja koolituse põhjal.

või linnaosa) kord kuus kohtuv spetsialistide tuumik. Sinna kuulub ohvriabi, politsei, prokuratuuri, naiste tugikeskuse, kohaliku omavalitsuse ning mõnikord ka tervishoiuvaldkonna esindaja.

Oluline on seegi, et kuigi MARACi abil tegeldakse täiskasvanud ohvritega seotud juhtumitega, on lastele suunatud abi

prioriteetne. Seetõttu kuulub tuumikrühma alati ka piirkonna KOVi või sotsiaalkindlustusamet lastekaitse esindaja.

Juhtumipõhiselt osalevad ka teiste valdkondade, nt töötukassa, haridusvaldkonna, kriminaalhoolduse, Rajaleidja spetsialistid.

MARACi koosolekule on alati oodatud ka kannatanu (kas ükski või koos tugiisikuga). Kogemus on näidanud, et koosolekul osalemine mõjub kannatanule enamasti motiveerivalt ja soodustab tema koostööd võrgustikuga.

Iga spetsialist võtab MARACis juhtumi lahendamisel kindla rolli ja vastutuse ning selle täitmist ja mõju jälgitakse üheskoos. Juhtumi menetlemise eel sõlmitakse konfidentsiaalsuselepe, mis kaitseb nii kannatanut kui ka spetsialiste. Keeruliste otsuste ja tegevuste taga on nii ühine ekspertteadmine kui ka koos võetud vastutus.

Juhtumikorralduse protsess

MARACi mudel hõlmab endas täiskasvanud ohvrite riskide tuvastamist ja hindamist, sekumisplaani koostamist ning selle täitmist, juhtumikorralduse võrgustiku kohtumisi, jagatud infot ja vastutust ning tulemuste hindamist (vt lähemalt jooniselt 1). Kõik tegevused viiakse ellu võrgustiku koostöös.

Kui piirkonna võrgustikku kuuluva spetsialisti vaateväljas on ohtlikus

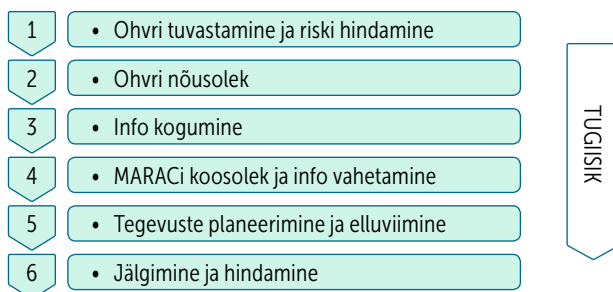
lähisuhtevägivallas kannatav inimene, saab ta kasutada riski hindamishandit DASH, et vägivalda ulatusest paremini aru saada ning sekkuda veelgi mõjusamalt. DASH on 24 küsimusega ankeet, mis aitab välja selgitada juhtumi elu- ja terviseohtlikkust. DASHi riskihindamise võib teha ametnik ise, küsida selleks abi oma piirkonna ohvriabitöötajalt või paluda tal ise riskihindamine teha.

Kõrge riski määramiseks on kolm kriteeriumit: 1) võimalus, et vägivald eskaleerub; 2) spetsialisti hinnang; 3) skoor. 14 „jah” vastust on MARACi lävendiks, kuid väga oluline on sealjuures ka spetsialisti sisetunne ja hinnang.

Kannatanu nõusolek koostööks saavutatakse nõustamise ja jõustamise abil. Nõusoleku puudumine aga ei välista seda, et võrgustik asub lahendama kõrge riskiga lähisuhtevägivalla juhtumit. Sarnane praktika on kasutusel ka Suurbritannias (vt SafeLives 2020).

Riskihindamise järel koguvad kõik võrgustiku liikmed juhtumi kohta oma valdkonnast infot ning jagavad seda MARACi koosolekul ja vajaduse korral ka koosolekute vahelisel ajal. Koosolekul koostatakse ohvri kaitsmiseks ja abistamiseks turvalisuse plaan.

MARACi tuumik kohtub üldiselt nelja nädala tagant (nt iga kuu teisel kolmapäeval),



Joonis 1. MARACi protsess

et võtta käsile uued juhtumid, hinnata töös olevate juhtumite puhul sekkumise tulemuslikkust, ohvri ja tema pere olukorda ning korrigeerida vajaduse korral tegevusi. Koosolekute vahelisel ajal täidetakse sõlmitud kokkuleppeid, kui tarvis, kutsutakse kokku erakorraline koosolek. Kui sekkumine oli edukas, st ohvri kaitse ja turvalisus on tagatud ning kõrge risk on maandatud, lõpetatakse MARACi sekkumine. Oluline on, et ohvri abistamine jätkuks siis n-ö tavalise juhtumikorralduse vormis. Aasta jooksul pärast MARACist väljumist hinnatakse ohvri riske uuesti ja vajaduse korral võetakse juhtum tagasi MARACi.

MARACi mudeli rakendamisest Eestis

Lähisuhtevägivalla ja eriti korduvjuhtumitega tegelemiseks sooviti Eestis rakendada võrgustikutöömudelit. MARACi mudel osutus valituks mitmel põhjusel. See oli varasemalt näidanud positiivseid tulemusi Eestile sarnastes süsteemides (nt Soomes), oli Eesti oludele hästi kohandatav ning võimaldas tuua sisse süstemaatilisema lähenemise riskidele DASH-riskihindamise kaudu. Eestis alustati MARAC-mudeli katsetamisega 2016. aastal Põlvas siseministeeriumi ja sotsiaalkindlustusameti algatatud projekti „Riskis olevate perede, sealhulgas lähisuhtevägivalla all kannatavate perede väljaselgitamine ning nende probleemide lahendamine võrgustikutöö meetodil” raames. Projekti on toetanud Euroopa Sotsiaalfond. MARACi laienemist üle Eesti on juhtinud sotsiaalkindlustusameti ohvriabi- ja ennetusteenuste osakonna projektimeeskond. Praegu keskendub meeskond tuumikrühmade toetamisele ja kvaliteedi parandamisele, sest MARACide võrgustikutöömudel on muutunud tava-päraseks töökorralduse osaks. MARACi

koosoleku juhatajaks on enamasti politsei esindaja ning piirkonna ohvriabitöötaja on koordinaatoriks, kes koondab infot, teeb vahekokkuvõtteid ja koostab sekkumispilaani. Koosolekute vahel jälgib ta sekkumispilaani täitmist ja vahendab võrgustiku liikmetele uut olulist infot. Eri valdkondade ametnikud on muutunud teadlikumaks MARACidest ning suunavad sinna üha enam juhtumeid. Osalemine MARACis ei too asjaosalistele lisakulusid, kuid aitab jagada vastutust ning loodetavasti ka vähendada edaspidi korduvjuhtumeid, vähendades selle kaudu töökoormust.

2019. aasta sai kokku võtta teadmisega, et igas Eesti piirkonnas on oma MARACi tuumikrühm.

Piirkondade initsiatiivil ning koolitajate ja arendustiimi koostöös jõuti plaanitud tulemuseni kaks aastat varem, sest asjaosalised mõistsid, et juhtumitega on tarvis tegeleda süsteemselt ja nad olid selleks ka valmis.

Hästi toimiv MARAC võimaldab juhtumiga seotud spetsialistidel jagada vastutust ja kohustusi ning jõuda seetõttu kiiremini ja tõhusamalt juhtumikorralduslike eesmärkideni.

2020. aasta seisuga on Eestis kokku 19 MARACi tuumikrühma, igas maakonnas vähemalt üks. MARACi tugiisikud on kuues piirkonnas: Pärnumaal, Saaremaal, Põlvamaal, Võrumaal, Jõhvis ja Rakveres. Loodame tänavu jõuda ka Tartu-, Valga- ja Viljandimaale ning lähiaastatel katta kogu Eesti.

2019. aastal jõudis MARACi juhtumikorraldusse kokku 167 kõrge riskiga lähisuhtevägivalla juhtumit. Kannatanuks olid 91 naist ja 6 meest. Juhtumitega oli seotud

ka 446 pereliiget (sh alaealised lapsed ja vägivalla toimepanijad). Kokku abistati eelmisel aastal MARACis 613 inimest.

2020. aasta I poolaastal lisandus 62 uut juhtumit, kannatanuteks 61 naist ja 1 mees. Arvestades juurde alaealised lapsed, kes MARACi juhtumikorralduses tuge ja teenuseid saavad, on seotud pereliikmeid 2020 I poolaastal 148.

2020. aasta esimesel poolaastal oli kõrge riskiga lähisuhtevägivalla juhtumitega seotud kokku 148 inimest, sh kannatanud ja nende alaealised lapsed.

PPA statistika kohaselt hukkus Eestis lähisuhtevägivalla tõttu 2020. a I poolaastal 9 inimest (eelmise aasta samal perioodil hukkus 3 inimest). Nüüd teame, et ükski neist juhtumitest ei olnud MARACi vaateväljas. Rõõmustab, et piirkondade MARACide väga tõhus töö on päästnud elusid. Teisalt viitab PPA statistika sellele, et ametkondade koostöös on oluline märgata eluohtlikke juhtumeid veelgi ja ka sekkuda.

2018. a andmete kohaselt on keskmine MARACi klient Eestis 40,4aastane naine, kellel 1–2 alaealist last. Ülekaalukalt kõige sagedamini suunavad MARACi juhtumeid ohvriabi, järgnevad politsei ja lastekaitse.

Aastatega, mil oleme MARACi rakanud, on nii ühiskond, ametkonnad kui ka kannatanud muutunud probleemist ja abivõimalustest palju teadlikumaks. Vägivallajuhtumeid avastatakse kiiremini ning seetõttu on ka kannatanute abistamine tõhusam. Võrgustikud oskavad järjest paremini ära tunda ja abistada ka kõrge riskiga vaimse vägivalla juhtumite korral (ähvardused, ahistav jälitamine, manipulatsioon, kontroll).

Kõrge riskiga lähisuhtevägivalla juhtumeid saab edukamalt lahendada mitme ametkonna koostöös. Adutakse, et kannatanut aidata ja olukorda lahendada ei saa soovitusel, et kannatanu lahkuku suhtest, sest enam kui pooled vägivallatsejad jätkavad vägivalla ja ahistava jälitamisega ka pärast lahkuminekut, vahel varasest enamgi (Klaar 2019).

Suurbritannias tegeletakse paralleelselt nii kannatanute kui ka vägivallatsejatega. Kõrge riskiga vägivallatsejatele suunatud meetmed valitakse individuaalselt, lähtudes riski hindamisest. Rõhku pannakse kannatanu ja vägivallatseja võrgustiku koostööle ning infovahetusele, pidades silmas kannatanu ning laste turvalisust. Ka SKA ohvriabi osakond edendab alates 2020. aastast vägivallatsejatele pakutavaid teenuseid ja programme. Erilist tähelepanu pööratakse nende juhtumite avastamisele, kus kannatanu kuulub riskirühma (nt eakad, väga noored, seksuaalvähemused, sisserännanud).

Kuidas toetatakse Eesti MARACe?

MARACide rakendamisel üle Eesti on olnud eduelamusi, ent ka teravaid probleeme. Selleks et MARACe toetada, on sotsiaalkindlustusameti projektimeeskond algatatud mitmeid tegevusi.

Näiteks 2020. aasta kevadel alustas tööd 16 praktikust koosnev arendustöörühm, et arutada, kuidas mudeliga piirkondades läheb ja kuidas üle-eestilist süsteemi edasi arened. Samu eesmärgi täidavad ka kord aastas toimuvad arendusseminarid, kuhu kogunevad kõigi Eesti 19 MARACi tuumikrühmade liikmed, mõttevahetuseks tuleb kokku pea-aegu sajaliikmeline kolleegium.

MARACide toetamiseks võtsime kasutusse ka seiresüsteemi. See hõlmab MARACi koosoleku vaatlust, sellele järgnevat arutelu tuumikuliikmetega ja tagasisideringit. Seire

eesmärk on arutada iga MARACi tuumikrühma liikmega töös üles kerkinud küsimusi, ettepanekuid ja soove, mis aitaksid arendada koostööd ning sotsiaalkindlustusameti ohvriabi- ja ennetusteenuste osakonnal piirkondi toetada.

Kõrge riskiga lähisuhtevägivalla lugudega tegeledes on väga tähtis jälgida spetsialistide ning vabatahtlike tugiisikute

psühhohügieeni. Selleks juurutame eri liiki supervisioone ja kovichioone, mille abil saab otsida lahendusi tekkinud probleemidele, toetada liikmete vaimset tervist, areneda meeskonnana ning lahendada koos võrgustikutöös tekkinud küsimusi. Tegutseme selles suunas, et supervisioonid ja kovichioonid saaksid võrgustikutöö enesestmõistetavaks osaks. 

Näide juhtumi lahendamisest MARACi abil

Pühapäeva õhtul sai patrull väljakutse korterisse, kust naabrid olid kuulnud karjumist ja nutmist. Kohale jõudes leidis patrull eest keskealise mehe ja naise ning hirmunud lapse. Kuigi korteris viibijatel nähtavaid vigastusi ei fikseeritud ja mees väitis, et nad vaidlesid lihtsalt pisiasja pärast, märkasid politseinikud naise hirmu ja nutetud silmi. Politsei esmane riskihinnang kinnitas vägivalda kahtlust. Politsei palus naiselt nõusolekut edastada tema andmed ohvriabisse.

Esmaspäeval jõudis info kohaliku ohvriabitöötajani, kes helistas kohe naisele ja pakkus kohtumise võimalust. Telefonivestlusel kirjeldas kannatanu mehe kontrollivat käitumist; hirmutamine ja alandamine oli mitmel korral lõppenud ka lükkamise ning kägistamisega. Selle info põhjal alustas ohvriabitöötaja riskihindamisega. Kohtumisel kirjeldas kannatanu kodust vägivalda veelgi avatumalt. Täites üheskoos DASHi riskihindamise ankeeti, selgus, et esialgu üsna ohutuna näiv lugu sisaldas mitmeid ohutegureid. Näiteks oli mees tapnud lapse lemmiklooma, ühel korral naist kägistanud, tõuganud. Ilmsiks tuli ka naise käikude kontrollimine armukadeduse tõttu, võlad ja pealesunnitud seksuaalvahekorrad, samuti ähvardas vägivaldlatseja, et lahkumineku korral võetakse naiselt õigus kasvatada last. Ohvriabitöötaja palus naise nõusolekut kasutada tema abistamiseks MARACi, millega kannatanu pärast selgitustööd ka nõustus. See võimaldas küsida koostöövõrgustikult lisainfot ning selgus, et KOV, naiste tugikeskus ja politsei olid varem toetanud vägivaldlatseja eelmist elukaaslast ja last.

Esimeste abistavate tegevustega (tugiisik, psühholoogiline nõustamine, turvaline majutus) alustati kohe, kui kõrge risk oli selgunud. Kahe nädala pärast toimunud koosolekul osales ka kannatanu, kes sai tagasi oma enesekindluse. Ta kohtus ametite esindajatega, kes olid valmis tema turvalisusesse panustama. Naisele kinnitati, et vägivaldlatsejat ei teavitata tema abiotsimisest ning lapsest ilma jäämist ei pea kartma. Seejärel koostati kannatanule turvalisusepalaan.

Pärast MARACi sekkumist pani vägivaldlatseja toime veel ühe rünnaku, kuid seekord olid kannatanul teadmised ja julgus helistada kiiresti hädaabinumbri ning seejärel ohvriabi kriisinumbri. Politsei teadis, et tegu on MARACi juhtumiga ning vägivaldlatseja vahistati.

Kannatanu lahkus vägivaldlatsejale kuuluvast korterist – esialgu peatus ta tugikeskuses ja hiljem üüris uue elukoha. Last ja naist toetati psühholoogilise ning hooldusõiguse vaidlustes juriidilise abiga edaspidigi. Vägivaldlatsejale kehtestati kannatanu suhtes lähenemiskeeld. Kogu protsessi vältel toetas naist MARACi tugiisik. Mõned kuud hiljem olid paljud riskid maandatud ning pärast uut riskihindamist MARACi juhtumikorraldus lõpetati.

MARACi võrgustik leppis kokku järelhindamise 6 ja 12 kuu pärast, et hinnata uuesti, kas lähisuhtevägivalla riskid naise elus on endiselt madalad.

Viidatud allikad

- EIGE** (2015). Preventing domestic violence. Good practices.
<https://eige.europa.eu/publications/preventing-domestic-violence-good-practices>. (25.08.2020).
- EMPROVE** (2018). Best Practice Brochure. Best Practice In The Fight Against Domestic Violence: Europe & The United States. <https://emprovetproject.eu/good-practice-brochure>.
- Harne, L., Radford, J.** (2008). Tackling Domestic Violence: Theories, Policies and Practice. Open University Press: England.
- Klaar, A.** (2019). Juhtumikorralduslik mudel MARAC ja DASH riskihindamine Eesti näitel. Magistritöö. Tartu Ülikool. Sotsiaalteaduste valdkond.
- Rikoksentorjunta** (2020). MARAC. <https://rikoksentorjunta.fi/en/marac>. (25.08.2020).
- SafeLives** (2020). Information sharing without consent form for Marac.
<https://safelives.org.uk/node/366> (25.08.2020).
- Salla, J., Raudsepp, T.** (2019). Perevägivalda tunnistanud laps kui abivajav laps. *Sotsiaaltöö*, 3, 71–75.
- University of Huddersfield** (2013). Multi-Agency Working in Domestic Abuse and Safeguarding Children: Part of the Problem or Part of the Solution?
www.centreforwelfarereform.org/uploads/attachment/369/multiagency-working-in-domestic-abuse-and-safeguarding-children.pdf (25.08.2020).

Kiira Gornischeff, Enelis Linnas, Kirsika Aas, Margarita Ingel, Kristi Loide, Laura Kane, Taimi Nilson, Simone Epro, Sandra Sutting

ennetustalituse spetsialistid, sotsiaalkindlustusamet

Laste ja noorte ennetav abistamine

Sotsiaalkindlustusameti ohvriabi- ja ennetusteenuste osakonnas loodi aasta alguses ennetusteenuste talitus. Anname ülevaate riiklike ennetusteenuste arengusuundadest.

Talituse alla kuuluvad kõik tegevused, mis on seotud ennetavate ja sekkuvate teenustega kõrge riskiga alaealistele: kinnise lasteasutuse teenus (KLAT), mitmedimensiooniline pereteraapia (MDFT) ning abivajava lapse sotsiaalse rehabilitatsiooni teenus (SRT). Arendame ka ennetavat võrgustikutööd, mille aluseks on justiitsministeeriumi kasutusele võetud ning Pärnus katsetatud „Ringist välja” koostöömudel. Teenuseid arendades võtame arvesse laste individuaalseid vajadusi ja ümbritsevat keskkonda.

Abi vajavate, ennast ja teisi kahjustava käitumisega ning traumeeritud laste ja noortega tegeleb sotsiaalkindlustusametis mitu osakonda. Pärast alaealistele õigusrikkujatele mõeldud meetmete reformi hakkas amet korraldama kinnise lasteasutuse teenust. Enne seda liikus projekti rahastuselt riiklikule mitmedimensiooniline pereteraapia. Nende teenuste ühildamine laseb paindlikumalt hinnata vajadusi ja valida õige intensiivsusega sekkumine.

Kuigi talitus alles otsib oma identiteeti, on selgelt näha, et ainult teenustepõhine lähenemine ei ole põhjendatud. Vaja on valdkondadeülest tervikpilti laste abistamise võimalustest. Soovime luua süsteemi,

kus me ei oota omavalitsuste avaldusi, vaid suudame õigeaegse seirega ise ennetavalt abi pakkuda või sekkuda.

Õigeaegne riskihindamine

Meie vaatevälja jõudvatel lastel ja noortel on enamasti trauma, mis on jäänud õigel ajal tähelepanuta või siis ei ole antud abi olnud piisav ega võtnud arvesse noore eripära ja vajadusi.

Kompleksprobleemidega noored hakkavad silma, sest nad ei ole võimelised võtma eakohast vastutust (näiteks ei täida koolikohustust) või on nende käitumine kahjulik neile endile (nt keelatud ainete tarvitamine, kodus mitteöbimine, enese tahtlik vigastamine jms). Ei ole ka haruldane, kui suhted oma lähedaste või eakaaslastega on muutunud nii keeruliseks, et noor hakkab oma emotsioonide väljendamiseks kasutama vägivalda.

Neid ei saa aidata põhimõttel, et üks suurus sobib kõigile. Saame kasutada mitut tõhusat meetodit (nt MDFT või KLAT), kuid enne tuleb selgitada, milline neist lapsele sobib. Vale meede võib kasu asemel hoopis kahju tuua ning on kokkuvõttes mitmekordselt kulukas.

Seetõttu võtame kasutusele struktureeritud hindamisvahendi, mis aitab

spetsialistidel selgitada välja lapse riskid, vajadused ja tugevused. Praegu uurime, millised hindamisvahendid on maailmas olemas ning mis on nende plussid ja miinused.

Ei ole olemas ühte universaalset hindamisvahendit, mis sobib igas vanuses lapsele igas olukorras. Kõigepealt tuleb kaaluda, mida on täpselt vaja hinnata (vaimne tervis, kodune heaolu vms) ning seejärel valida sobiv vahend. Hindamine ei tohi aga olla abistamise juures põhitegevuseks.

Näiteks ei ole vaja hinnata kõiki koolikohustuse eirajaid sajast küsimusest koosneva ankeedi abil, et tuvastada, kas laps äkki vajab pikemaajalist ja põhjalikku sekkumismeedet. Samas on kahju sellise lapse tuvastamata jäämisel suur. Hea, kui spetsialistil oleks võimalik teha esmahindamine (ingl *screening* ehk hindamine kuni 15 küsimuse abil) kõigi koolikohustuse eirajate puhul, et selgitada välja nende hulgast kõrgema abivajadusega lapsed, keda on vaja hinnata põhjalikult (ingl *assessment*). Sama metoodika on kasutusel näiteks meditsiinis, kus ennetava meetmena kasutatakse sõeluuringut, et selgitada välja, kes neist inimestest võib vajada põhjalikumat sekkumist. Nii jõuab abi inimesteni, kes seda ennekoike vajavad ning veel sel ajal, kui kahjustused ei ole pöördumatult suured.

Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenus

Selle aasta algusest vastutame abivajava lapse sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse (SRT) arendamise ja koordineerimise eest. Teenus on mõeldud kuni 19aastaste suure abivajadusega laste ja nende lähedaste toetamiseks. Kompleksteenuse toetab laste psühhosotsiaalset toimetulekut, et ennetada riski- ja rikkumiskäitumise kujunemist ja süvenemist. Last ja tema perekonda ei abista ainult ühe valdkonna spetsialist, vaja on tuge mitmest valdkonnast ja head

võrgustikutööd. Lapsele ja tema perele võib ühes kalendriaastas pakkuda rehabilitatsiooniteenuseid kuni 2580 euro eest. Vajaduste hindamine on osa teenusest.

SRT võib sobida näiteks siis, kui abivajaduse on põhjustanud traumaatiline kogemus (pervägivald, kiindumussuhte traumad jms) ning last ümbritsevad inimesed ei tule toime tema (riski)käitumisega. Probleeme võib olla nt koolikohustuse täitmisega ja sõltuvusainete tarvitamisega. Mõnel juhul on lapsel käitumis- või psüühikahäire vm vaimse tervise probleemid. Siis vajavad tuge ka last ümbritsevad inimesed.

SRTga on võimalik jõustada ka lapsevanemaid. Tihti on neilgi sõltuvushäire või vaimse tervise probleem, peres võib nappida ka omavahelist mõistmist ja järelvalvet. Soovitame kaaluda SRTd ka asendushooldusel olevate laste puhul, see võib aidata nii lapsi kui ka nende lähedasi. Teenuse saamise algatab kohalik omavalitsus. Selleks on vaja juhtumiplaani STAR-keskkonnas ning lapse rehabilitatsiooniteenuse vajaduse hinnangu vormi, mille täidab omavalitsus. Hinnanguvormis peaksid kajastuma tõsised puudujäägid vähemalt kahes lapse heaolu valdkonnas.

Nüüdseks on suurem osa Eestist kaetud teenuseosutajatega, ometi ei ole abi kõigis piirkondades ühtviisi kättesaadav. Püüame muuta teenused kõigile kättesaadavaks üle Eesti. Seda tehes peame võtma arvesse laste vajadusi ja looma paremaid võimalusi mobiilse teenuse osutamiseks.

Teenust saavaid lapsi on praegu üle Eesti ligi 200. Lapsi, kes seda vajaksid, on aga mitu korda rohkem. Selleks, et jõuda edaspidi ka nende lasteni, kes teenust hädasti vajaksid, peame lahendama mitu küsimust. Välja tuleb töötada teenuse standard, määrata kindlaks teenuse kvaliteet ning ootused teenuse osutajatele. Teenus kujundatakse ümber lapse vajadustele sobivaks ja veel

rohkem juhtumipõhiseks. Arendajad loovad üle Eesti võrgustiku (teenust pakuvad partnerid), et suurendada teenuse kättesaadavust ja koolitada selle osutajaid. Meie ja koostööpartnerite eesmärk on aasta lõpuks teenus ümber kujundada nii, et see oleks tõhus ning kättesaadav ja kooskõlas laste ja noorte vajadustega.

Mitmedimensiooniline pereteraapia

2015. aastal hakati Eestis rakendama mitmedimensioonilist pereteraapiat (ingl *multidimensional family therapy*, edaspidi MDFT), mis on välja töötatud mitmekülgse abivajaduse ja tõsiste õigusrikkumistega noortele ja nende peredele. Teraapiast võib abi olla, kui mureks on nooruki suhtekonfliktid kodus või väljaspool, õigusrikkumised, sõltuvusainete tarvitamine. Noore aitamiseks kaasatakse tema vanemad ja pere, samuti teised olulised inimesed, kes mõjutavad tema käitumist – õpetajad, sõbrad, koolikaaslased, treenerid jt. Teraapias otsitakse lahendusi, mitte süüdlasi. Programm on mõeldud 11–18aastastele ning sinna suunab noore kohus, prokurör, politsei, kriminaalhooldajad või kohaliku omavalituse lastekaitsetöötaja (kuni 14aastaseid). Intensiivne teraapia kestab üldiselt 4–6 kuud. Käiakse ka pere juures kodus. Igal aastal jõuab MDFTsse keskmiselt 120 juhtumit.

MDFTi meeskonnad on Eestis tegutsenud juba üle viie aasta. Piirkondlikud keskused asuvad Jõhvis, Tartus, Pärnus ja Tallinnas, noored saavad programmi läbida ka Viru vangla noorteüksuses ja Maarjamaa Hariduskolleegiumis.

Loodame, et Eestis ei ole enam ühtegi noortega tegelevat ametnikku, kes ei tea, mida tähendab lühend MDFT ja mis võimalusi sel on. Arendame teenust edasi.

2017. aastal tegi Poliitikauuringute Keskus Praxis MDFTi tõhususe uuringu programmi

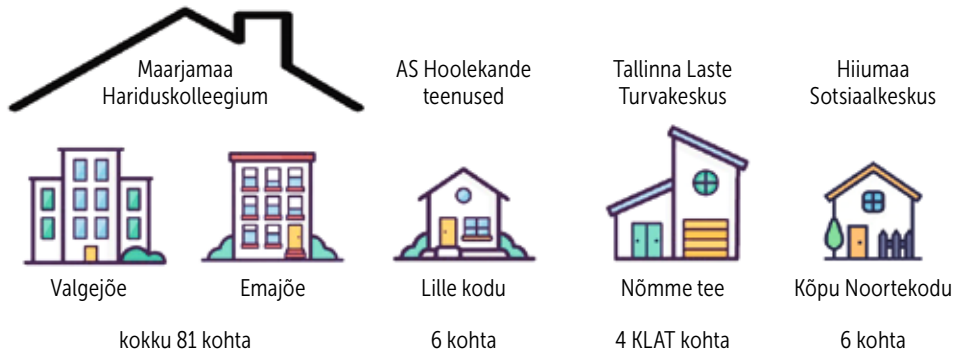
2020. a I poolaastal tegelesid sotsiaalkindlustusameti MDFTi eri piirkondade terapeudid **138** juhtumiga, neist 50 põhja, 32 lõuna, 30 ida ja lääne piirkonnas.

läbinud noorte ja perede seas. Vahepeal on laste ja noorte kohtlemine õiguskaitse-süsteemis muutunud palju, mistõttu korraldatakse järgmisel aastal uus uuring. Tahame teenust kasutavate noorte vanematele korraldada kogemuskubisid. Soovime olla paindlikumad laste programmi suunamisel ning korraldame oma töö ümber nii, et noori oleks võimalik MDFTsse suunata sõltumata nende rollist juhtumis (ohver, tunnistaja vmt), sest programm on mõeldud noortele, kelle käitumine on suunatud teiste või enda vastu (ingl *acting in / acting out*). Väärtustame koostööd võrgustikupartneritega ja soovime seda tõhustada.

Kinnise lasteasutuse teenus

Eelmisel aastal kirjutasime Sotsiaaltöös pikemalt kinnise lasteasutuse teenusest (Gornischeff ja Loide 2019, 76–80). Märkisime siis, et noored vajavad väiksemaid gruppe ja rohkem personali, et abi oleks individuaalsem.

Augustis oli meil rõõm avada Hiiumaa Sotsiaalkeskuse Noortekodu (6 kohta), kus saab korraga toetust kuni kuus noort. Eeskujuks on Põhjamaades edukalt toimiv ravikodu mudel, mis lähtub miljööteraapia põhimõtetest, traumateadlikkusest ning perepõhisest lähenemisest. Noortele pakutakse nii individuaalseid kui ka grupipõhiseid teraapilisi sekkumisi. Nende abil saab välja tuua noore võimed, toetada tema õpioskusi, eakohaste sotsiaalsete oskuste omandamist ja parandada vastutusvõimet. Turvalise keskkonna abil püütakse saavutada tasakaalu, et noorel tekiks huvi ja motivatsioon panustada



Joonis 1. Kinnise lasteasutuse teenust pakuvad kodud Eestis

oma arengusse. Noortekodu asub looduskau-
nis kohas, kodune miljö tagab nii emotsio-
naalse kui ka füüsilise turvalisuse. Õppida
saab argipäevaseid toimetulekuoskusi – iga
päev tehakse koos süüa, koristatakse, pes-
tatakse pesu, hoolitsetakse toataimede eest jm.

Kinnise lasteasutuse teenust pakuvad
edukalt ka Maarjamaa Hariduskolleegiumi
Emajõe ja Valgejõe õppekeskus (81 kohta),
Rakvere Lille kodu (6 kohta) ning Tallinna
Laste Turvakeskus (4 kohta). Kuigi Hiimaal
on esimene ametlik miljöteraapiistel põhi-
mõtetel tegutsev kinnise lasteasutuse teenust
pakuv kodu, siis sarnaseid põhimõtteid
järgivad teisedki. Kõigi kinniste lasteasu-
tuste eesmärk on pakkuda lapsele turvalist
kasvu- ja arengukeskkonda ning vähendada
ohutegureid. Aina enam on kognitiivkäi-
tumuslikku lähenemisest, rõhku pannakse
pere- ja võrgustikutööle ning traumateadlik-
kusele, toetus on üha enam kooskõlas noorte
individuaalsete vajadustega.

Töötajate kvalifikatsiooni parandamine

Kinnistes asutustes töötavad erisuguse
ettevalmistusega spetsialistid. Alati ei ole
piisavalt oskusi ja teadmisi, et tulla toime väl-
jakutsuva käitumisega. Noortele mõjub hal-
vasti personali pidev vahetumine. Noorega

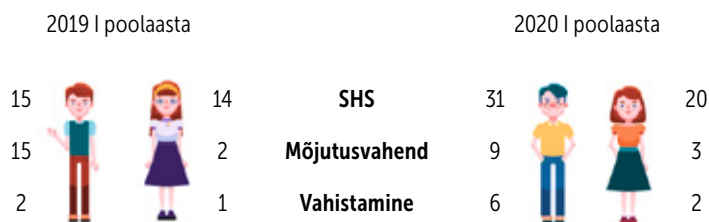
usaldussuhte saavutanud töötaja lahkumisel
võivad olla halvad tagajärjed (Aaben jt 2018).

Sotsiaalkindlustusameti ohvriabi ja
ennetusteenuste osakond on justiitsminis-
teeriumi partneriks EMP ja Norra toel ellu
viidava projekti „Alaealiste erikohtlemise
süsteemi loomine” alaprojektis „Kinniste
lasteasutuste ja vangla personali oskuste ja
teadmiste parandamine töös laste ja noor-
tega”. Projekt kestab 2020. aasta maist kuni
aprillini 2023.

Alaprojekti eesmärk on suurendada per-
sonali pädevust ja pakkuda spetsialistidele
töönõustamist. Soovime üles ehitada koo-
litussüsteemi, mis tagaks spetsialistidele
vajalikud oskused ja teadmised. Lülitame
asjakohased moodulid ka kõrgkoolide õppe-
kavadesse, et koolitus oleks jätkusuutlik.

Töötame välja töönõustamissüsteemi,
et vähendada kaadri voolavust ja töötajate
läbipõlemist. Analüüsime ka Eestis raken-
datavaid noorte sotsiaalprogramme, et
toetada eelkõige neid, mis on ajakohased ja
teaduspõhised.

Lapsed ei vajagi alati intensiivset riik-
likku sekkumist, piisab, kui kohalik omava-
litsus teeb aktiivset võrgustikutööd, kus igal
asjaosalisel on oma kohustused. Kindlasti
on ebaõiglane oodata lapse elu muutmist
vaid ühelt juhtumikorraldajalt.



Joonis 2. KLATis olevad lapsed 2019. ja 2020. aasta I poolaasta võrdluses

Võrgustikukoostöö mudeliga „Ringist välja” saab kujundada koostööharjumusi ning luua toetava ja hooliva võrgustiku riskirühma kuuluva alaealise ümber, kel on kõrge risk panna tulevikus toime uusi ja raskemaid õigusrikkumisi.

Võrgustikutöö mudel „Ringist välja”

Omaavalitsustes moodustatud võrgustiku tuumikliikmed on tavaliselt politsei, prokuratuuri ja lastekaitse esindajad jt spetsialistid. Sedasi saab tõhusamalt sekkuda ja last toetada. Asjaosalised kohtuvad mitme kuu jooksul laiendatud ringis, kuhu kuuluvad ka haridusasutuse esindaja ja noorsootöötaja. Lahenduste leidmiseks aitavad kõik kaasa oma teadmiste ja võimalustega.

Võrgustiku üks ülesanne on aidata noorel seada realistlikke eesmärgi oma oskuste arendamiseks, toimetuleku parandamiseks ja eneseteostuseks. Kõige tähtsam on kaasata noor eesmärkide ja ülesannete seadmisel.

Noorel aitab õiguskuulekal teel püsida ka usaldusisik. Selleks on enamasti keegi

tuttav inimene, kelle isikuomadused ja väärtused toetavad heade harjumuste ja vajalike oskuste kujundamist. Ta on ka toeks igapäevastes lihtsates toimingutes, nt dokumentide täitmisel, info otsimisel, argipäeva korraldamisel jms.

„Ringist välja” võrgustik tuleb kokku nii tihti ja nii palju, kui seda on abivajava noore jaoks vaja. Kui risk on maandatud, antakse juhtum üle lastekaitse spetsialistile, kes tegutseb edasi pere vajaduste kohaselt. Katsetame koostöömudelit koos SKA lastekaitse osakonnaga kinnise lasteasutuse jätkutoe katseprojekti raames Tallinnas, Tartus ja Pärnus ning loodame väga laieneda sügisel ka Ida-Virumaale.

Artikli alguses tõime välja, et oleme oma talitusega identiteedi otsingutel. Püüame luua süsteemi, mis oleks lapsest lähtuv ja proaktiivne – et õige laps oleks õigel teenusel. Hindame väga, kui meie koostööpartnerid ning spetsialistid, kes laste ja noorte heaks töötavad, annavad meile julgelt märku süsteemi nõrkadest külgedest ning teevad ettepanekuid nende parandamiseks. 

Viidatud allikad

Aaben, L., Salla, J., Markina, A. (2018). Tõsiste käitumisprobleemidega lastele suunatud teenuste analüüs. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis.

Gornisheff, K., Loide, K. (2019). Kinnise lasteasutuse teenus tugevdatud toetusega teenuseks. *Sotsiaaltöö* 3, 76–80.

Eva Liina Kliiman
sotsiaalkindlustusamet

Alice Juurik
sotsiaalministeerium

Marge Hindriks
sotsiaalministeerium

Integreeritud tugiteenused lastele – esimene tagasiside pilootprojektile

Sotsiaalministeerium, haridus- ja teadusministeerium, SA Innove ning sotsiaalkindlustusamet alustasid mullu koostööd, et erivajadusega laps ja tema pere jõuaksid vajalike teenusteni kiiresti ja mugavalt. Nüüd saame anda pilootprojektist esimese ülevaate.

2019. aasta juunist selle aasta novembri lõpuni testitakse kaheksas omavalitsuses – Kambja, Kuusalu, Rakvere, Saaremaa, Väike-Maarja ja Võru vallas ning Tartu ja Haapsalu linnas – uut integreeritud teenuste korraldusmudelit. Projektis kasutatakse mitme valdkonna tugiteenuseid vajavate laste puhul juhtumikorralduse mudelit, kus KOVi lastekaitsetöötaja, kes on ka juhtumikorraldaja, teeb esimese hindamise ja kaasab vajalikud spetsialistid, seejärel teevad mitme valdkonna asjatundjad koos kindlaks lapse ja pere toetusvajaduse. Erinevate valdkondade asutused ja spetsialistid teevad koostööd, teenust rahastatakse aga seniste põhimõtete alusel. Projekti rahastab Euroopa Sotsiaalfond. Kuigi praegugi tegeldakse mõnel pool juhtumitega sellisel viisil, ei ole seda järjekindlalt juurutatud ja regulatsioonis on puudujääke, mis ei soodusta

valdkondadeülest lähenemist ja juhtumikorraldusliku mudeli rakendamist.

Projektis rakendatud mudel

Kui selgub, et lapsel oleks vaja toetust mitmes eri valdkonnas, suunab spetsialist, kes lapsega esimesena kokku puutub (kohaliku omavalitsuse lastekaitsetöötaja, rehabilitatsiooni-meeskonna liige, haridusasutuse või Rajaleidja keskuse esindaja, perearst), ta kohaliku omavalitsuse juhtumikorraldaja juurde.

Juhtumikorraldaja teeb lapse, pere ja võrgustikuga suheldes kõigepealt selgeks, kas laps vajab valdkondadeülest lähenemist, ja kui see nii on, siis milliste spetsialistide abi laps vajab. Koos mudeliga testitakse ka töövahendit, mis peaks aitama juhtumikorraldajal välja selgitada probleemsed valdkonnad, ja spetsialistid, kelle tuge laps vajab. Seejärel kutsutakse last hindama

spetsialistid, kes on juba tutvunud kogutud andmetega. Siis toimub esimene võrgustiku-kohtumine, kus spetsialistid ja lapsevanem lepivad kokku edasise tegevuskava.

Seega on kõik spetsialistid teenuste määramisel kursis lapse ja pere toetamisega igas valdkonnas. Teenuseid ei dubleerita ja vajalik tugi on lapsele tagatud süsteemide üleselt. Projekti raames ei ole puude raskusaste rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks. Kokku lepitakse ka teenuste saamise logistika – need peavad olema lapsele võimalikult lähedal, vajadusel korraldatakse sotsiaaltransport.

Teenuste määramisega juhtumikorraldus ei lõppe. Juhtumikorraldaja suhtleb pere ja spetsialistidega, jälgib teenuste saamist ja on perele toeks. Vähem olulised pole ka kohustuslikud vahekohtumised, kus vaadatakse üle, kas laps on teenuseid saanud, kas teenuste jm toetusmeetmete puhul on vaja midagi korrigeerida ja kas peret on toetatud vajalikul määral. Vahekohtumised on eriti olulised väikelaste puhul, sest nende areng võib olla kiire ning toetusvajadus võib lühikese aja jooksul muutuda. Vahekohtumised on olulised ka näiteks laste puhul, kellel on raskusi koolikohustuse täitmisega. Väga oluline on ka spetsialistide ja lapsevanema arutelu, sest keeruliste juhtumite lahendused ei ole must-valged ja see, mis toimib ühe lapse puhul, ei pruugi aidata teist.

Lapse ja pere jaoks tähendab uus korraldusmudel seda, et hindamisi on vähem ja pere jaoks on olemas juhtumikorraldaja, kes on juhtumiga kursis. Spetsialistide koostöö, tervikpilt toetusvajadusest ja lapse arengu jälgimine aitavad kiiresti reageerida ja kasutada sobivaid sekkumismeetmeid, nii saab ennetada probleemide süvenemist.

Näitena võib tuua lahenduse Tartu linnas: integreeritud teenuste mudelit kasutatakse töös kuni kolmeaastaste harvikaigustega

lastega. Kui seni juhtus tihti, et harvikaigustega lapsed jõudsid kohaliku omavalitsuse vaatevälja alles siis, kui lapse abivajadus oli juba süvenenud, kaasatakse nüüd kohalik omavalitsus kohe, kui laps saab diagnoosi. Lapsed ja pered saavad õigel ajal vajaliku toe, kontaktisiku ja tugiteenused sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonnast. Juhtumikorralduse mudelit rakendades saab toetada lapse ja kogu pere toimetulekut, optimaalset arengut ja ennetada abivajaduse süvenemist.

Mudeli rakendamise eeldused

Senise kogemuse põhjal on integreeritud teenuste korraldusmudeli edukal rakendamisel mitmeid eeldusi, näiteks nõuab see muudatusi nii regulatsioonis kui ka infosüsteemides. Integreeritud korraldusmudeli võtmeisikuks on lapse juhtumikorraldaja, kellel peab olema nii kompetents kui ka piisavalt ressursse. Ta peab tegema esmase hindamise, olema igapäevaselt perele toeks ja abiks ning seda kõigi pooleliolevate juhtumite puhul. Juhtumikorraldaja rollis on enamasti lastekaitse spetsialistid.

Sujuvaks juhtumikorralduseks on vaja korrakindlat infovahetust. Juhtum peab jõudma KOVi juba selle algusfaasis. Seejärel on oluline, et teabe jagamine pere ja juhtumikorraldaja ning ka teiste meeskonnaliikmete vahel oleks võimalikult lihtne ja loogiline. Korraldusmudel on uus ja alles katsetamisel ning andmeid ja infot ei saa veel automaatselt edastada, seetõttu on see ebamugav ja aeganõudev ka spetsialistidele.

Kõigil lapse juhtumiga seotud asjaosalistel peab olema motivatsioon teha sisulist võrgustikutööd. See on ajamahukas, kuid väga vajalik ning võimaldab ennetada probleemide süvenemist. Võrgustikutööd peavad toetama ka regulatsioonid ja infosüsteemid. Tuleks kokku leppida võrgustiku vahekohatumiste põhimõtted.

Selleks, et juhtumikorraldus ei jääks ainult juhtumi algatamise etappi, peavad kõik asjaosalised teadma, mis saab edasi. Vahekohtumised lasevad hinnata seniste sekkumiste mõju ja teha vajaduse korral muudatusi. Laste teenuste saamine ei tohi sõltuda rahastamise allikast, puude

raskusastme olemasolust või n-ö valdkonnast – spetsialistide vähesuse korral peaks teenuse osutamine olema võimalikult paindlik.

Täpsema ülevaate pilootprojekti tulemustest saame anda 2021. aasta esimesel poolel, kui valmib lõppraport. 

KOMMENTAAR

Evi Vilgats

Nõustamis- ja Koolituskeskus Papaver, Haapsalu linnavalitsuse ja Kuusalu valla partner

Kliendile teenuse osutamist alustades on juhtumit kohe sisuliselt arutatud ja vajadusel hinnatud näiteks Rajaleidjas. Ära jäi mõttetu bürokraatia rehabilitatsiooniplaani näol. Võrgustiku liikmete vahel tekkis sisuline koostöö, perega lepitati kokku eesmärkides ja tegevuskavas. Keeruliste olukordade puhul on kiiresti infot vahetatud rehabilitatsioonimeeskonna, lastekaitse, hariduse tugikeskuse ja kooliga. See on aidanud ennetada probleemi süvenemist ja lapse mahajäämust koolis. Hea koostöö KOViga ja psühhiaatriakliinikuga on aidanud saada mitu last uuringutele ja pakkuda meditsiinilist tuge. Koostöö KOViga on olnud järjepidev ja infot perele olukorra ja nõustamisvajaduste kohta on tänu sellele oluliselt rohkem.

Anu Aavik

Tartu linnavalitsuse lastekaitse spetsialist

Paranenud on Tartu linna koostöö lepingupartneritega. Kui varem oli see pigem formaalset laadi, siis pidades koos võrgustikukoosolekuid, analüüsid laste vajadusi ja koostades juhtumiplaane, muutus koostöö sisuliseks ja tegelikuks. Kõik meie juhtumid on selles mõttes head näited ja midagi eraldi välja tuua ei saa. Võrgustikukohtumistel nägime partnereid ja ka kliente järjepidevalt, seetõttu sai vajadustele reageerida kiiresti, probleemid leidsid kohe lahenduse ja küsimused said vastuse. Pilootprojekti osalenud lapsevanemad olid tunduvalt vähem segaduses kui need lapsevanemad, kes taotlevad puuet, rehabilitatsiooniplaani ja saavad seejärel lapsele teenuseid tavalist rada pidi. Kogu aeg oli ju olemas juhtumikorraldaja (lastekaitse spetsialist), kelle poole võis küsimustega pöörduda ja ka teenusepakkuja oli ilmselt kättesaadavam.

Monica Jaanimets

Rakvere valla haridus- ja noorsootöönõunik

Rakvere valla jaoks tuli pilootprojekt väga õigel ajal. Tahtsime just erivajadustega lastega tehtavat tööd süstematiseerida, mis on ju ka projekti üks eesmärk. Märgata abivajavat last, saada selgust hetkeolukorrast, kaasata vajalikud spetsialistid, vältida dubleerimist, osutada perele kvaliteetseid teenuseid võimalikult kodu lähedal, läbimõeldult ja otstarbekalt. Selline mudel peaks olema kasutusel igas omavalitsuses.

Tänu heale meeskonnale vallas ja headele koostööpartneritele leiame, et süsteemi loomine ja mudeli katsetamine läks ja läheb edukalt. Suurimaks väärtuseks pidasime võimalust saada

partneritega kokku, jagada omavahel infot, sõnastada lapse olulisim probleem ning sellest lähitult kavandada tegevused. Projektis said osaleda lapsed, kes vajavad mitme valdkonna spetsialistide tuge. Mudeliga seotud töövahend tõi samuti välja peamised kitsaskohad, see kinnitas, et olime kaasanud lapsele vajalikud spetsialistid. Projektis osaleva viie lapse koolis või lasteaias on õnneks olemas tugispetsialistid (vähemalt osalise koormusega) ja toredad õpetajad ning asjalik juhtkond. Õnneks on meil võimalik kaasata arste, kliinilist psühholoog, REH-meeskonda. Olemas on tugiisikud nii ühele lapsele kui ka kolmele perele.

Idealis on spetsialistide koostöö tulemuseks lapse ja pere toetamine nõnda, et lapse potentsiaal saaks avalduda ja leiaks võimalikult hea rakenduse. Meie eesmärk on ju see, et lapsest kasvaks positiivse ellusuhtumisega, endaga toimetulev ja ühiskonnale vajalik inimene.



Marju Metsaots

juhtivspetsialist, Päästeameti Lääne päästekeskus

Allakäigutrepist üles – ühisel nõul ja ühisel jõul

Kui tihti märkate oma ümber neid inimesi, kes on nii suures hädas, et ees terendavad veel vaid allakäigutrepi viimased astmed? Hädalist saab aidata ainult siis, kui osatakse õigel ajal märgata ja reageerida.

Eestis elab palju selliseid leibkondi ja ka üksikuid inimesi, kes vajavad igapäevaseks toimetulekuks kõrvalist abi. Suhtelises vaesuses elas möödunud aastal 284 300 Eesti elanikku. See tähendab, et ligikaudu sellisel hulgal Eesti inimestel on kas madal sissetulek, madal haridustase, pikk töötus või vähetasustatud töö. Nende hulgas on

töenäoliselt ka inimesi, kes seisavad silmitsi terviseprobleemide ja nendest tulenevate tegevuspiirangutega, sõltuvusprobleemide, kodutuse või perekonna lagunemisega. See võib omakorda viia alaväärsuse tekkimise ja heitumiseni.

Inimene muutub apaatseks nii enda kui ka teda ümbritseva suhtes, tema

väärtushinnangud muutuvad ning paraku ei kuulu nende hulka enam heaolu, turvalisus ega ohutus. Sageli juhtub, et omavalitsus jt abistajad saavad abivajajast teada alles siis, kui on juhtunud mõni õnnetus, mida oleks saanud õigel ajal sekkudes ära hoida.

Päästeameti kodukülastustel on üha rohkem nähtud selliseid kodusid, kus vaid suitsuanduri paigaldamisest ei ole kasu, tegeleda on vaja sügavamate probleemidega ja seda koostöös teiste ametkondadega.

Olukorra parandamiseks sõlmiti 2016. aastal koostöökokkulepe Päästeameti Lääne päästekeskuse, Politsei- ja Piirivalveameti Lääne prefektuuri, Häirekeskuse Lääne keskuse, SA Pärnu Haigla kiirabi ning sotsiaalkindlustusameti lastekaitse üksuse vahel. Eesmärk oli muuta koolituste abil politseinike, päästjate ja kiirabitöötajate suhtumist teiste ametkondade eesmärkidesse ning töömeetoditesse. Siiani nähti inimeste probleeme vaid oma töövaldkonna põhisel: kõik ametkonnad tegelesid oma eesmärkidest lähtudes „sümptomitega”, kuid „haigus” jäi tervikuna ravimata – saba oli küll lahti, kuid nokk endiselt kinni. Toimused koolitused, info hakkas liikuma, mõttemaailm avardus, kuid traagiline reaalsus seisis juba nurga taga ega lasknud end kaua oodata.

Oskus näha seda, mida teised ei märka

2018. aastal puhkes Tori vallas Sindi linnas kaheteistkümne korteriga puidust elamus tulekahju, mille tagajärjel hukkus meesterahvas. Hukkunu oli liikumisvaegusega töötu, kes tarvitas regulaarselt alkoholi ja suitsetas siseruumides. Temaga oli kokku puuteid nii kohalikel sotsiaaltöötajatel kui ka päästjatel, kes käisid korduvalt mehe eluruumis kodunõustamisi tegemas, samuti vabatahtlikel päästjatel, muinsuskaitse ja

ka politseil. Vaid paar tundi enne põlengut jõudis seda meesterahvast külastada sotsiaaltöötaja, sellele järgnes ka päästeametnike külastus. Arvestades mehe olmetingimusi ja harjumusi, oli traagiliste tagajärgedega tulekahju puhkemine ja liikumisvaegusega mehe fataalsesse lõksu jäämine ainult aja küsimus. Kuidas oli see võimalik, kui tema kehvast olukorrast teadsid nii paljud ja oli astutud ka samme, et tema olukorda parandada?

Iga kuritegu, mis jääb toime panemata, või õnnetus, mis jääb juhtumata, on võit kogukonnale ja riigile.

Iga kord, kui keegi tulekahju tagajärjel hukub, kutsutakse päästeameti eestvedamisel ümarlauale kõik asjaosalised, kes oleksid võinud või saanud hukkunu elukäiku mõjutada. Nii ka seekord. Ümarlaval tõdeti, et tegelikult ei õnnestunud inimest päästa seetõttu, et ametkondade vahel veeretati viisakalt vastutusepalli ühest väravast teise. Selgus ka, et on veelgi selliseid probleeme kodusid, kuhu kõigil osalistel on eri põhjustel asja. Õnneks tekkis ka arusaam, et puutepunkte on rohkesti ning läbimõeldud ja terviklik lähenemine võib edaspidi anda märksa paremaid tulemusi, kui ametkondade üksiküritused. Nii sündis ametlik koostöövõrgustik, kuhu kuuluvad eespool mainitud ametkondade piirkondlikud esindajad ja Tori vallavalitsus. Tekkis suur plaan teha Sindi korda. Eesmärk lepiti kokku ja pandi paika, kuidas saavad ametkonnad teha koostööd.

Ühiselt toimetades jõuab rohkem

Kõigepealt oli vaja suurendada ametnike teadlikkust eri valdkondade eripärast; õpetada märkama abivajadust ja oskust aidata

abivajajat ka teise ametkonna vaatenurgast. Näiteks: võttes arvesse riskiperede üldist profiili (alkohol, suitsetamine, narkootilised ained ja vägivald), on väga tõenäoline, et sellistes kodudes võib olla probleeme tuleohutusega. Mõte oli selles, et päästeteenistusele lisaks saaksid ja võiksid tuleohtu märgata ning infot vahetada või ohu kohe kõrvaldada (nt paigaldades suitsuanduri) ka politseinikud ja sotsiaalvaldkonna ametnikud. Päästeteenistus aga saaks pöörata tähelepanu ka näiteks füüsilise väärkohtlemise ilmingutele, abitus seisundis lastele ja eakatele.

Kõik algab minust, sinust ja meist kõigist. Tuleb teha koos ja tuleb teha tööd, ainult nii sünnib tõeline koostöö.

Teooria kinnistamiseks käidi Sindi kodudes nõustamas mitme ametkonna osalusel: koos läksid ühte koju politseinik, päästetametnik, vabatahtlik päästja ja sotsiaaltöötaja. Osales ligi 30 nõustajat, ühtekokku nõustati ligikaudu 70 Sindi kodu. Nii mõnegi kodunõustamise käigus avastati probleemseid majapidamisi, millelega omavalitsus ja MTÜ Sindi Tuletõrje Selts aktiivselt tegelema hakkasid. See oli suurepärane võimalus näha, kuidas üks või teine amet sündmuskohal toimetab ja millele tähelepanu osutab. Nii saime kogemuse, kuidas sarnaseid tegevusi edaspidi iseseisvaltki sooritada ja sel viisil murekohti terviklikult lahendada.

Meie tegutsemine ei jäänud märkamata ka kogukonnas. Saime tagasisidet, et sellisel hulgal ja koosseisus jõudude ühine toimetamine tekitas linnaelanikes meeldivat elevust ja oli igati tervitatav. Selliseid ühishoostamisi teeme ka edaspidi.

Meie võrgustiku peaideeks sai juba alguses mõttekäik: igaühe mure on ühine mure (ingl *my business is our business*). Mõtte kinnistamiseks otsustasime ühel kohtumisel, et kõik asjaosalised saavad omale koduse ülesande, kus juba õnnetu lõpu saanud juhtum tuli lahendada nii, et see saaks parima võimaliku ning kindlasti positiivse lahendi. Juhtumi lahendamisel ei lähtunud oma igapäevavarollist, vaid astuti n-ö teise ametniku töökingadesse – päästeteenistus lahendas sündmust kui politsei, vabatahtlikud päästjad kui muinsuskaitse ja kohalik omavalitsus kui päästeteenistus; politsei vaatas juhtumit läbi kohaliku omavalituse prillide ja muinsuskaitse lähenes juhtumile vabatahtlike päästjate pilguga. Uus lähenemisviis oli kõigile uus kogemus ja olukord, kus tuli mõelda ning lahendust otsida teise ametkonna vaatenurgast lähtudes, oli omaette huvitav ülesanne.

Aeg antud märgata, aeg antud tegutseda

Kui ei ole end varem teise ametkonna olukorda asetanud või nende igapäevatöös osalenud, võivad jääda olulised asjaolud varju. Neid lihtsalt ei oska märgata. Võib tekkida väärarusaam, et keegi kuskil jätab sihilikult midagi tegemata.

Ülesande lahendamine aitas kujundada arusaama, et meil kõigil on küll kindel vastutusalala ja seadusega antud õigused, kuid see ei ole alati piisav, et allakäigutrepil olevat inimest peatada ja tagasi tuua.

Jõudsime järeldusele, et tihti on keeruliste probleemide lahendamisel takistuseks inimese vaba tahe ja õigus öelda abile „ei”, vaatamata sellele, et ohtu seatakse enda või kaaslaste elu. Vaesuse tõttu on hulk inimesi jõudnud oma elus punkti, kus sotsiaalne staatus dikteerib vajaduste prioriteedid. Sellises olukorras elavate inimeste suurim

probleem ei ole kindlasti suitsuanduri puudumine, vaid pigem võimatus rahuldada Maslow'i püramiidi järgi inimese esmajadusi ja tugisüsteemide puudumine. Seega ei ole võimalik olukorda lahendada suitsuanduri paigaldamisega, sest turvalisus ei olegi prioriteetne teema muude, nende jaoks lahendust vajavate suuremate probleemide keskel.

Kõigele vaatamata on igal inimesel õigus abile ja tema jaoks ei ole vahet, kes seda abi osutab või kellel on see kohustus. Iga kuritegu, mis jääb toime panemata, või õnnetus, mis jääb juhtumata, on võit kogukonnale ja riigile. Projekt „Sindi korda” selgitas selles osalejatele koostöötoimimise olulisimaid põhimõtteid. Esiteks – iga ametniku või koostööpartneri taga on inimene oma isiksuslike omadustega ja kui sellel inimesel on tahet tegutseda, on see juba pool võitu. Teiseks – kui tarvis, tuleb tunnistada oma puudujääke ja paluda abi ning püüda leida lahendusi koos. Seda ka siis, kui probleem kuulub teise vastutusvaldkonda. Värske pilk ja uued ideed võivad hädas kolleege aidata. Kolmandaks – meil kõigil napib aega, aga kui meil on oskus mõelda laiemalt oma tavapärasest tööruutiinist, teha koostööd eri valdkondade ametnikega, olla avatud märkama teiste valdkondade probleeme ning edastada infot õigetele asjaosalistele,

KOMMENTAAR

Priit Ruut

Tori valla abivallavanem

Kuigi koostöövõrgustik keskendub eeskätt Sindi linnale, on sellest kasu kogu vallale. Turvaline keskkond on meie kõigi mure, üheskoos saavutame rohkem. Tänu ühistele koolitustele, nõustamistele ning aruteludele oskame paremini mõista teiste ametkondade tööd. Teame kindlalt, et meie piirkonna politseinikud ja päästeametnikud vaatavad kodudes laia pilti, samuti nagu meie sotsiaaltöötajad vaatavad kodudes, kas ahi ajab sisse, pliidiraud on terve, suitsuandur laes jms, ega eelda, et see on vaid päästjate ülesanne. Tänu koostöövõrgustikule on tekkinud inimeste vahel otsekontaktid, asjaajamine on kiirem ja tulemuslikum. Sotsiaaltöötajad, piirkonnapolitseinikud ja päästjad tunnevad üksteist ja on otseühenduses ning suhtlevad tihedalt.

aitab see kiiremini jõuda abivajajateni, kes võivad jääda muidu märkamata.

Meie kodu on täpselt nii kindel, kui me selle ise loome, ja meie kogukond on täpselt nii turvaline, kui palju me ise märkame ja panustame. Kõik algab minust, sinust ja meist kõigist. Tuleb teha koos ja tuleb teha tööd – ainult nii sünnib tõeline koostöö. 

Täna Tori vallavalitsust ja kõiki „Sindi korda” koostöövõrgustikku kuuluvaid inimesi tõeliselt inspireeriva, produktiivse ja jätkuva koostöö eest!

Jaan Aps*mõju-uuringu projektijuht***Aune Lillemets***uuringu analüütik***Carmen Akkermann***uuringu analüütik*

Noorte osaluse ja koostöö toetamise kogemused Tallinna noorsootöös

2017–2019 algatati Tallinnas kümme uut noorsootöö tegevussuunda ja arendati sellesse panustavate osaliste koostöövõrgustikku, et laiendada noorsootöös osalemise võimalusi ja kaasata tõrjutusriskiga noori. Valmis ka mõju-uuring, mille tulemusi artiklis tutvustame.¹

2017. aasta kevadel osalesid Lasnamäe, Mustamäe ja Põhja-Tallinna linnaosade ning Tallinna Spordi- ja Noorsooameti (edaspidi: TSNA) esindajad SA Archimedes Noorteagentuuri arenguprogrammis. Analüüsi piirkonna noorsootöö võimalusi, noorte vajadusi ja soove. Seejärel püstitati piirkondlikud eesmärgid ning koostati ühine tegevuskava nende saavutamiseks.

Kui esimesel aastal keskenduti peamiselt arendustööle, siis hiljem oli rõhk noorte kaasamisel ja osalusel. Kolme aasta vältel osales programmi mõnes tegevuses vähemalt ühe korra ligi 3000 noort. Üheks tegevussuunaks oli avatud teenuste arendamine

kümnes noortekeskuses. Umbes 5000 noorest sai igaüks vähemalt korra osa noortekeskuste juures toimunud tegevustest.

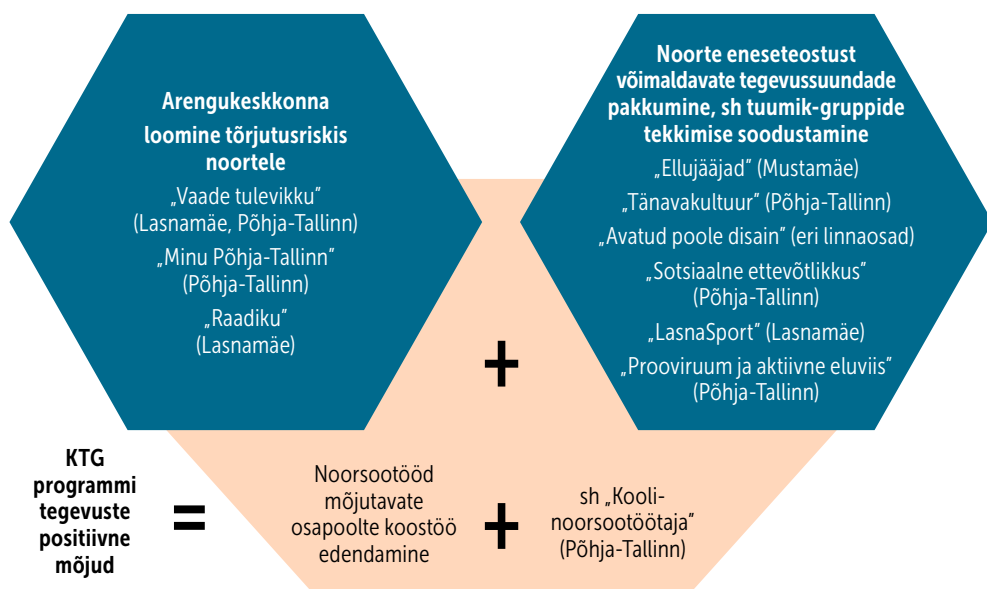
Noorte kaasamine

Tänu kohalike omavalitsuste koostöögruppide (edaspidi: KTG) programmi noorsootöö mitmekesistele võimalustele said sellest osa eri soost ja vanusest noored, kes olid ka erineva tausta, elukoha, emakeele ja tõrjutusriskiga.

Programmi tegevussuunad jagunesid vastavalt sihtrühmale ja mõjueesmärgile kolme kategooriasse:

- 1) arengukeskkonna loomine tõrjutusriskis noortele;

¹ Tegevusi rahastati haridus- ja teadusministri kinnitatud ning Eesti Noorsootöö Keskuse elluviidava Euroopa Sotsiaalfondi kaasrahastatud programmist „Tõrjutusriskis noorte kaasamine ja noorte tööhõivevalmiduse parandamine”. Tegu oli ühe osaga sellest programmist. Tallinna linn on 2020. aastal jätkanud mõjusamateks osutunud tegevussuundade rahastamist.



Joonis 1. Kohalike omavalitsuste koostöögruppide programmide tegevused

- 2) eneseteostuse võimaluste loomine olenevatest noorte taustast;
- 3) koostöö edendamine.

Programmi kümne tegevussuuna jaotumist kategooriate vahel kujutab joonis 1.

Osalusvõimalusi said kõige rohkem 13–16aastased. Õnnestus saavutada sooline tasakaal, st veidi üle poole 7–26aastastest osalejatest olid meessoost. Osalejad elasid eelkõige kolmes tegevusi korraldanud linnaosas, aga tuldi ka mujalt.

Kõige mõjusamad tegevused

Hinnanguliselt olid kõige mõjusamad „**Arengukeskkonna loomine tõrjutsriskis noortele**” ettevõtmised: „Vaade tulevikku”, „Minu Põhja-Tallinn” ja „Raadiku”. Kõiki neid arendati, lähtudes tõrjutsriskis noorte karakteristikutest, vajadustest ja huvidest, aga ka täiskasvanute eesmärkidest sihtrühma kogemuste, oskuste ja hoiakute kujundamisel.

- Kahel juhul („Vaade tulevikku”, „Minu Põhja-Tallinn”) tagas õige sihtgrupi osalemise teiste asjaosaliste (eelkõige koolipersonali) suunamine.
- Ühel juhul („Raadiku”) tagas soovitud sihtrühma osalemise see, et tegutses kõrge sotsiaalmajandusliku riskiga asumis avalikus ruumis, kus alternatiivne noorsootöö seni puudus.

KTG programmi arvukaima tegevuste kategooria ühisnimetajaks sobib „**Eneseteostuse võimaluste loomine**”. Selle raames loodud osalusvõimalused polnud oma teema, metoodika või hinna tõttu linnaosa noortele seni kättesaadavad.

Eneseteostuse vallas kujunesid võimalusi korraldada kasutanud noortest välja tuumikgrupid. Nemad hakkasid korraldama ka teistele noortele või linnarahvale mõeldud sündmusi ja/või osalesid võimaluste loomises, et omandatud oskusi harjutada ja/või juba juhendajatena teiste noortega jagada.

KTG programm lasi Tallinnas koostööd teha asjaosalistel, kes muidu poleks seda teinud või oleksid küll koos tegutsenud, aga mitte sel viisil ja nii intensiivselt.

Head arengud võrgustikutöös

Programmi koordineerija Tallinna Spordi- ja Noorsooametis ülesanne oli kujundada koostööaldis keskkond. Mis mahus ja mil moel teiste asjaosalistega koostööd teha, jäi ülesandeks linnaosade koordinaatoritele ja tegevuste elluviijatele.

- Algatati eri haldusalade (sh noorsootöö, formaalhariduse, sotsiaal- ja lastekaitse, korrakaitse) spetsialiste ja mõnel juhul ka keskastme juhte ühendavad järjepidevaid ning hästi omaks võetud **koostöövorme** (sh regulaarsed kohtumised linnaosade sees ja vahel).
- Igast linnaosast kerkis esile **võtmeisikuid**, kes löid innukalt koostöösuhteid. Aja jooksul liitus nendega uusi inimesi ja **kontaktid tihenesid**. Võrgustiku ülesehitus püsis aga stabiilsena. Ka **noored muutusid osaks koostöövõrgustikust**: näiteks said Mustamäe ja Põhja-Tallinna aktiivsed noored korralduskogemusi koostöös teise linnaosa noorte ja noorsootöötajatega.
- Tegevuste elluviijate **järjepidevad koostöökohtumised** olid TSNA-le heaks võimaluseks, kuidas oma väärtusi ja tegutsemispõhimõtteid pidevalt „pildis hoida” ja nende rakendamist edendada. Põhimõtete hulka kuulusid näiteks: „Küsime noorte endi käest, mida nad tahavad” ja „Kui vähegi võimalik, tuleb teha koostööd teiste linnaosadega”.
- Programmiga õnnestus saavutada **koostöö läbimurdeid** noorsootöö ja teiste valdkondade vahel, seda eriti koos koolidega nii pidevate tegevuste kui ka ühekordsete sündmuste korraldamisel. Koolidega kujunesid head

koostöösuhted, näiteks suunasid koolid lapsi osalema ja noorsootööga seotud tegevusi lubati ellu viia kooli ruumides ja/või tundide ajal. Koolidega korraldati ka ühiseid sündmusi. Koostöösuhteisse kaasati vabaühendusi ja ettevõtteid.

- Tänu võrgustikukohtumistele **plaaniti tegevusi koos** (hooaja plaanid, eelkokkulepped). Vähem oli dubleerimist, näiteks välditi piirkonnas sarnaste sündmuste korraldamist liiga lähestikku. Mitmel korral ühendati tegevusi, nt ühe sündmuse raames olid oma ettevõtmised sama linnaosa või eri linnaosade KTG tegevuste korraldajatel. Eriti hästi õnnestus ühiselt plaanida suviseid tegevusi.
- Rohkem hakati korraldama nii järjepidevaid tegevusi kui ka ühekordseid sündmusi, mille käigus **kasutati paremini ära võrgustiku potentsiaali** ja ressursse. Oli nii infrastruktuuri objektide ühiskasutust kui ka sündmuste mitmekesistamist, näiteks kutsuti elluviijaid teistest allüksustest või organisatsioonidest. Linnaosade sees (ja ühel korral ka linnaosade vahel) esines töötajate/elluviijate „jagamist”, st üks ja sama inimene panustas korraga mitmes KTG tegevuses ühe linnaosa piires või isegi eri linnaosades.

Programmi käigus paranesid noorte osalusvõimalused Tallinna noorsootöös. Tihedam suhtlus võrgustikupartneritega soodustas ühist plaanimist ja tõhusamat koostööd.

Mõjuanalüüs aitas kavandada edasisi samme noorsootöö arendamiseks ja noorte sotsiaalse tõrjutuse ennetamiseks. Tallinna linn pani öla alla kõige mõjusamate tegevuste jätkamiseks programmirahastuse lõppedes, näiteks toetatakse Raadiku piirkonna noorsootööd, jätkatakse Põhja-Tallinna koolinoorsootöö ning programmi „Vaade tulevikku” tegevustega. 

KTG programmi kümme tegevussuunda Lasnamäel, Mustamäel ja Põhja-Tallinnas

„Vaade tulevikku” tegevussuund arendas tõrjutusriskis noorte sotsiaalseid oskusi rühmatöö ja meeskondliku ühistegevusega viies Lasnamäe ja kahes Põhja-Tallinna koolis. Ühe poolaasta jooksul korraldati koolis 15 töötuba noortele huvitavatel ja vajalikel teemadel. Korraldajateks olid koolimentorid ja osalejateks samad noored. Osalemine oli vabatahtlik. Programmi kõige rohkem vajavate noorteni jõudmiseks tehti edukalt koostööd koolide juhtkondade ja sotsiaalpedagoogidega.

„Minu Põhja-Tallinn” oli piirkonnas elavatele tõrjutusriskis noortele suunatud 10päevane tegevussuund, mis tutvustas noorsootöö võimalusi kodukandis. Rõhku pandi sotsiaalsete oskuste omandamisele töötubades ja väljasõitudel. Kahel suvel kohtuti kokku neljal korral. Tänu koolide ja sotsiaaltöötajate vahendusele olid osalejad enamasti nooremast vanuserühmast, vanuses 7–12 eluaastat.

„Raadiku” tegevussuuna ettevõtmised toimusid Lasnamäel Raadiku elamurajooni Noortestaabis. Seal korraldati iganädalasi töötubasid, teemadeks olid mõttemängud, linnaruumi arendamine, linnaaiandus ja hoovimööbel. Hästi õnnestus kaasata just nooremast vanuserühma: u 40% 7–26aastastest osalejatest olid 8–9aastased, kel kodu lähedal teisi sarnaseid võimalusi polnud. Osales ka alla 7aastaseid lapsi.

„Ellujääjate” tegevussuund panustas eelkõige noorte kaasamisele ja nende oskuste arendamisele, et aidata luua noorte tuumikgrupp Mustamäe Avatud Noortekeskuse juurde. Plaan õnnestus ja noored vabatahtlikud panustasid keskuse arendamisse ja teistele noortele suunatud ürituste korraldamisse. Noortekeskusse loodi bändiruum, fotostudio, kinosaal jms. Koostööd tehti Põhja-Tallinna Noortekeskusega.

„Tänavakultuuri” tegevussuunal tutvustati Põhja-Tallinna noortele tänavakultuuri positiivset külge. Põhja-Tallinna Noortekeskuses olid tänavatantsu treeningud ja tänavakunsti töötoad, noored algatasid ka ise mitmeid tänavakultuuri töötube jt sündmusi.

„Avatud poole disain” oli suunatud Tallinna kümnele noortekeskusele, selle raames korraldati ümber või loodi uusi disainmõtlemise ja teenusedisaini põhimõtetest lähtuvaid noortekeskuste avatud poole teenuseid. Ehkki eesmärk oli noortekeskuste tiimide oskuste arendamine ja uuenduslikud ettevõtmised, kujunes ka aktiivseid noorte tuumikgruppe.

„Sotsiaalne ettevõtlikkus” oli suunatud Põhja-Tallinna noortele. Osalejad said osa sponsorluse, avaliku esinemise ja sotsiaalse ettevõtlikkuse koolitustest ning proovisid kätt sündmuse korraldamisel.

„LasnaSport” arendas tänavasporti Lasnamäe linnaosas. Noored osalesid treeningutes, lihvivid meeskonnatöö oskusi ja leidsid endale huvitavaid sportlikke harrastusi. Toimusid *street workout*’i, korvpalli-, tänavatantsu- ja jalgpallitreeningud. Suvel korraldati tänavaspordifestivale ja välitreeninguid linnaosa parkides, mõnel juhul ka teistes linnaosades.

„Koolinoorsootõtõtaja” tegevussuuna raames oli kahe Põhja-Tallinna Valitsuse töõtaja ülesanne arendada piirkonnas võrgustikutööd, luua noortega kontakte, selgitada välja nende vajadused ja leida nende huvidele väljundeid. Koolinoorsootõtõtajad korraldasid piirkonnas ka koolidevahelisi sündmusi, sh suveprogrammi „Minu Põhja-Tallinn”.

„Prooviruumi ja aktiivse eluviisi” suund pakkus Põhja-Tallinna Noortekeskuses noortele võimalusi arendada oma füüsilist aktiivsust ja loomingulisust. Keskuses avati tänapäevane bändiruum ja loodi sportimisvõimalusi (ronimissein, jõusaal jm treeningvahendid). Korraldati juhendatud muusika- ja sporditegevusi ning noorte eestvedamisel avalikke sündmusi. Tehti tihedat koostööd Mustamäe Avatud Noortekeskusega.

Uuringu lõppraporti

„Kohalike omavalitsuste koostöögruppide Tallinna tegevussuuna tulemused”
leiate Tallinna noorteinfo portaalist aadressilt
www.tallinn.ee/est/noorteinfo/raport-2019.pdf.



Karin Hanga, Ph.D
Eesti Töötukassa, metoodik
Tallinna Ülikool, lektor
CARE metoodika koolitaja

Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime klassifikatsioon

KOKKUVÕTE:

Lühend RFK ei ole Eestis uus – sotsiaal-, tervise- ja töövaldkonna spetsialistid on RFKst kuulnud juba 2000. aastatest. RFKd tutvustatakse sotsiaal- või tervisevaldkonnaga seotud erialadel ülikoolis, näiteks taastusrstidele, füsioterapeutidele, tegevusterapeutidele ja sotsiaaltöötajatele. Tegu on klassifikatsiooniga, mille alusel on võimalik dokumenteerida inimese funktsioneerimisega ehk igapäevase toimetulekuga seotud infot, kasutades kirjeldava hinnangu asemel koode ning probleemi ulatust väljendavaid määrajaid.

Selles artiklis püüan anda RFKst ülevaate ja selgitada, mis võimalusi pakub selle kasutamine tööhõive- ja rehabilitatsioonivaldkonnas. Süsteemne arusaamine sellest, millised asjaolud inimese funktsioneerimist mõjutavad ning kuidas funktsioneerimisvõime languse kohta kogutud info on seotud poliitikate kujundamisega, on väga oluline.

MÄRKSONAD:

RFK, rehabilitatsioon, funktsioneerimisvõime

Mis on RFK?

RFK ehk rahvusvahelise funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsiooni (ingl *International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF*) töötas välja Maailma Terviseorganisatsioon (WHO) aastatepikkuse rahvusvahelise uurimis- ja arendustöö põhjal. WHO Peaassamblee võttis RFK vastu 2001. aastal

ja see on soovituslik alus kõigile WHOsse kuuluvatele riikidele.

Sarnaselt RFKle kuulub WHO rahvusvaheliste klassifikatsioonide hulka ka rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon (ehk RHK 10), mida kasutatakse meditsiinis haiguste diagnoosimisel nii Eestis kui ka paljudes teistes riikides. Kui üks arst on tuvastanud inimesel haiguse ja pannud

kirja selle koodi, on see info samamoodi mõistetav ka teise riigi arstile. Tervishoius on RHK 10 kasutamine kohustuslik.

WHO soovib kasutada neid kahte klassifikatsiooni – RHKd ja RFKd – koos. RHK annab aluse inimese terviseolukorra ehk diagnoosi kodeerimiseks, RFK aga tervikliku raamistiku tema funktsioneerimisega seotud info talletamiseks. Järgmises rahvusvahelises haiguste klassifikatsioonis (RHK11) ongi juba teatud diagnooside juurde integreeritud RFK koodid, et terviseolukorrale lisaks kodeeritaks funktsioneerimist puudutav info. Nii ei jää vaade inimesele ja tema vajadustele vaid tervisekeskseks.

RFK toetub biopsühhosotsiaalsele käsitlusele

Biopsühhosotsiaalne käsitlus tähendab seda, et inimese funktsioneerimisvõime ehk igapäevaeluga toimetuleku mõistmiseks tuleb vaadelda tema olukorda tervikuna. Arvesse tuleb võtta nii bioloogilisi ehk tervisega seotud (diagnoos, geneetilised eelsoodumused jm), psühholoogilisi (näiteks inimese elustiil, harjumused, strateegiad teatud olukorraga toimetulekuks jm) kui ka sotsiaalseid asjaolusid (inimese elukeskkond, sotsiaalsed suhted, perekond, kultuuriline taust).

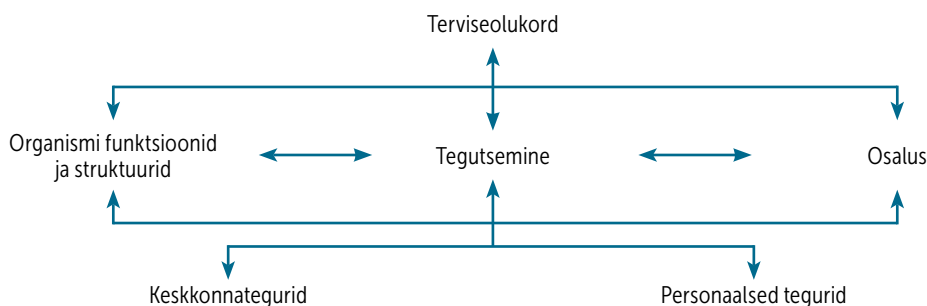
Biopsühhosotsiaalne käsitlus väljendub RFK ülesehituses, kus funktsioneerimisvõime hindamisel võetakse arvesse järgmisi asjaolusid (vt mõisteid allpool):

- inimese terviseolukorda
- tema keha funktsioone ja struktuure
- inimese tegutsemis- ja osalusvõimet
- teda ümbritsevat keskkonda
- personaalseid tegureid.

Nimetatud asjaolud on paigutatud RFK maatriksile ja ühendatud omavahel nooltega (vt joonis 1). See tähendab, et iga tegur mõjutab otseselt teisi ja muutused ühes avalduvad muutustena ka teistes tegurites.

Vahel arvatakse, et RFK sobib kasutamiseks ainult (füüsilise) erivajadusega inimeste puhul ega sobi psüühilise erivajadusega inimeste olukorra mõistmiseks. Tegelikult on RFK universaalne mudel, mida saab rakendada kõigi inimeste puhul, vaatamata sellele, kas inimesel on erivajadus või mitte. RFK kirjeldab funktsioneerimisega seotud asjaolusid, olenemata inimese erivajaduse olemusest, vanusest, soost, kultuurilisest taustast.

Ekslikult arvatakse ka, et RFK on inimese olukorra ja vajaduste hindamise vahend. Nii see ei ole. RFK ei sea piiranguid eri hindamisvahendite või meetodikate kasutamisele.



Joonis 1. RFK biopsühhosotsiaalne ülesehitus (RFK maatriks)

RFK peamised mõisted

Täpsed definitsioonid aitavad eri (sh väljaspool tervishoiuvaldkonda töötaval) spetsialistidel üksteisest paremini aru saada.

1. **Terviseolukord** – see on termin, mis hõlmab inimesel esinevaid haigusi, vigastusi, häireid, traumasid jm. Terviseolukord kodeeritakse RHK 10 alusel (näiteks reumatoidartriit).
2. **Organismi struktuurid (s-koodid)** – need on keha anatoomilised osad, elundid, jäsemed või nende osad (näiteks silmad, sõrmed jm).
3. **Organismi funktsioonid (b-koodid)** tähistavad keha elundsüsteemide füsioloogilisi funktsioone ehk talitlusi (näiteks vaimsed funktsioonid, sensoorsed funktsioonid (nägemine, kuulmine, valu), hääle- kõnefunktsioonid, liikumisega seotud funktsioonid jne).
4. **Tegutsemine (d-koodid)** tähendab teatud ülesande täitmist või tegevuse sooritamist (näiteks enese eest hoolitsemist, toidu valmistamist, teatud tööülesannete täitmist jm).
5. **Osalus** – kaasatus elulisse olukorda (näiteks suhtlemine).
6. **Keskkonnategurid (e-koodid)** – need on füüsilised, sotsiaalsed ja suhtumuslikud asjaolud inimest ümbritsevas sotsiaalses ja füüsilises keskkonnas. Füüsilise keskkonnana mõistame inimese elukeskkonda, nii looduslikku kui ka tehisklikku (ehitused, tänavad jm); sotsiaalse keskkonna all mõistetakse meid ümbritsevate inimeste hoiakuid, toetust ja suhteid. Väga olulise osa keskkonnast moodustab eri teenuste ja süsteemide kättesaadavus (nt sotsiaal- ja tervishoiuteenused). Keskkond võib inimese tegutsemist ja osalemist mõjutada positiivselt (nt juurdepääs on olemas) või negatiivselt (füüsilised takistused keskkonnas).
7. **Personaalsed tegurid** on näiteks vanus, sugu, elustiil, harjumused, kohanemisvõime, haridus, elukutse, kogemused jm asjaolud, mis oma olemuselt ei käi inimese terviseolukorra alla. Personaalsed tegurid on küll olulised, kuid need ei ole RFKs kodeeritud, sest need võivad olla sotsiaalselt ja kultuuriliselt väga erinevad.
8. **Funktsioneerimisvõime** on üldtermin, mis tähistab organismi funktsioone ja struktuure ning inimese tegutsemist ja osalust. See tähistab isiku terviseolukorra ja taustategurite vastastikust mõju.

Näitena võib tuua inimese, kellel on diagnoositud reumatoidartriit (RHK 10 järgi seropositiivne reumatoidartriit, M05). Ravijuhise kohaselt on tegu ebaselge etioloogiaga autoimmuunse kroonilise haigusega, millel on perioodiliste ägenemistega progresseeruv kulg ning mis võib ravile vaatamata tuua kaasa süveneva liigesekahjustuse, liigeste deformatsioonid, töövõimekaotuse ja puude.

Reumatoidartriit on diagnoos, RFK mõistes **terviseolukord**, mille puhul inimese **organismi struktuuridest** (ehk keha osadest) võivad olla kahjustatud näiteks käe liigesed (kämbla- ja sõrmeliigesed, s73021); kahjustused struktuurides põhjustavad omakorda kahjustusi **organismi funktsioonides** – nt on häiritud sõrmeliigeste liikuvusega seotud funktsioonid, liigesed on jäigad ja inimene tunneb valu (b280). Seetõttu on inimesel raskem enda eest hoolitseda (nt pesta, d510), kodumajapidamises asju tõsta (d430); samuti võivad esineda raskused riietumisel (d540), mis on RFK järgi „**tegutsemine ja osalus**”.

Keskkonnateguritest mõjutavad reumatoidartriidiga inimesi kindlasti tervishoiuteenuste (e580), ravimite (e1101) ja abivahendite (e115) kättesaadavus ning see, millised on tema pere-suhted (e310). Personaalsed tegurid on samuti väga tähtsad, sest neist sõltub see, kas inimene otsib oma olukorras abi, sulgub koduseinte vahele või osaleb raskele haigusele vaatamata näiteks rahvatantsuringis.

Näiteks füsioterapeudid kasutavad 6-minuti kõnnitesti, psühholoogid emotsionaalse enesetunde küsimustikku (EEK); psühhosotsiaalselt haavatavate inimestega töötamisel on sobiv kasutada CARE metoodikat jne.

Mõte on selles, et teatud erialaspetsiifilise hindamisvahendi või metoodika alusel kogutud info dokumenteeritakse „RFK keelde”, kasutades selleks asjakohast RFK koodi ja määrajat. Kodeerima ei pea kogu infot, millega klient ja teenuse osutaja kokku puutuvad, vaid selle, mis on teenuse eesmärgi ja tulemusi silmas pidades kõige olulisem. Ühes keeles ja ühtmoodi kogutud info on jälgitav ja võrreldav ning teatud ajaperioodi möödumisel ka statistiliselt töödeldav. Seda on omakorda vaja poliitikate kujundamiseks – sekkumiste tulemuslikkuse analüüsimiseks ning uute teenuste väljaötamiseks.

Tuleb nõustuda, et igasugune hindamine võib olla teatud määral subjektiivne (v.a hindamised, kus kasutatakse standardiseeritud mõõtevahendeid, nt meditsiiniõde mõõdab vererõhku, verekoostist). Ka RFK koodi ja määraja valiku puhul ei saa välistada subjektiivsust. Seda aitab vähendada spetsialistide väljaõpe, meeskonna omavahelised arutelud ja mõnikord ka lihtsalt talupojamõistus.

Miks funktsioneerimine, mitte diagnoos?

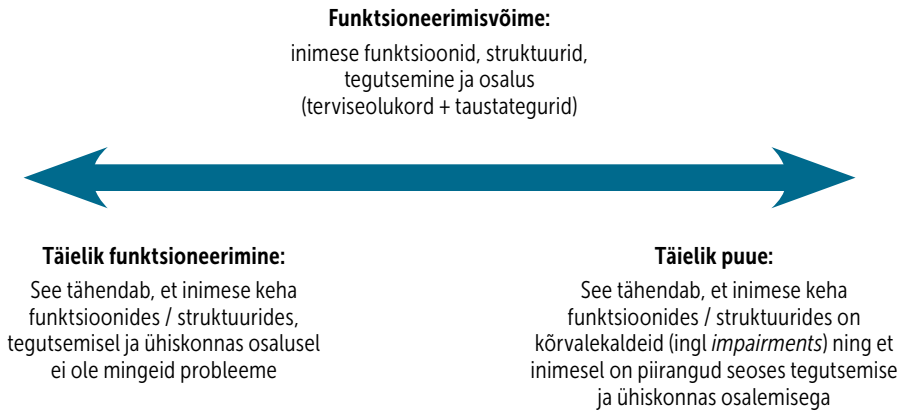
Sageli kuuleme sotsiaal- ja rehabilitatsioonivaldkonna spetsialistidelt, et nad sooviksid teada teenusele suunatud inimese diagnoosi. See on tõsi, et diagnoos ütleb palju inimese terviseolukorra kohta, kuid see on delikaatne info ja on täielikult arusaadav vaid meditsiinispetsialistidele. Sotsiaalvaldkonnas töötades tuleb arvestada, et diagnoos on ainult üks inimese

toimetulekut mõjutavatest asjaoludest. Teades inimese diagnoosi, ei saa öelda, et teame, milline on tema elu, soovid või vajadused.

Terviklikku infot inimeste funktsioneerimise ja funktsioneerimislangust põhjustavate asjaolude kohta on vaja selleks, et arendada just nendele põhjustele kohaseid teenuseid.

RFK keskne termin *funktsioneerimisvõime* on oluliselt mitmekülgsem ja seob terviseolukorra inimese taustateguritega. RFK toob välja järgmised asjaolud (vt ka joonis 2, lk 69).

1. Funktsioneerimisvõime võib ühe ja sama inimese puhul ajas muutuda, isegi kui diagnoos ei muutu (nt progresseeruva haiguse diagnoos ei muutu, kuid inimese funktsioneerimisvõime võib olulisel määral ja kiiresti muutuda).
2. Funktsioneerimisvõime langus ei pruugi olla otseselt haiguse tagajärg, vaid sõltub paljudest asjaoludest (nt inimese diagnoos ega haiguse kulg ei ole muutunud, kuid töökohalt koondamise tõttu on tema enesehinnang oluliselt langenud. See näitab, et inimese toimetulekut mõjutab haigusele lisaks teda ümbritsev keskkond, sotsiaalsed suhted, isiksuskujud tegurid).
3. Kahe üht ja sama haigust põdeva inimese puhul võib funktsioneerimisvõime olla vägagi erinev, sest inimese keskkondlikud ja personaalsed tegurid on erinevad.
4. Erinevaid haigusi põdevad inimesed võivad kogeda funktsioneerimisel samu raskusi.



Joonis 2. Funktsioneerimisvõime, puue ja teenused

Terviklikku infot inimeste funktsioneerimise ja funktsioneerimislangust põhjustavate asjaolude kohta on vaja selleks, et arendada just nendele põhjustele kohaseid teenuseid. Funktsioneerimisvõime langust enneta või nendega toimetulekut toetavad teenuseid osutatakse nii sotsiaal-, tervishoiu-, tööhõive-, rehabilitatsiooni- jm valdkondades; neid osutavad riik, omavalitsused ja MTÜd. Dokumenteerides funktsioneerimisvõimega seotud infot RFK abil, hõlbustame oluliselt andmete analüüsimist, vahetamist ja võrdlemist eri valdkondade vahel ning poliitikate kujundamise aluseks olevat statistika kogumist.

RFK võimaldab hinnata kliendi funktsioneerimisvõimet terviklikult, jälgida muutusi ning hõlbustada teabevahetust eri teenuste ning teenuse osutajate ja riigi vahel.

Selleks, et inimesel tuvastataks RFK kohaselt puue, peab tal olema kõrvalekaldeid organismi struktuurides (st keha osades),

organismi funktsioonides (ehk elundüsteemide füsioloogilises talitluses), mille tõttu on takistatud tema tegutsemine ja osalemine ühiskonnas (nt suhtlemine, enese eest hoolitsemine, õppimine, töötamine jm). Tasakaalupunkt ehk millisest punktist alates on inimese funktsioneerimisvõimes nii suured raskused, et tegu on puudega või tekib õigus teatud teenuste kasutamiseks (näiteks rehabilitatsiooniteenusteks), on riigisisene küsimus ja selle kirjeldamiseks koostatakse asjaomased metoodikad.

Millest RFK koosneb?

Klassifikatsioon tähendab, et kõik selle osad on hierarhiliselt organiseeritud – põhimõttel üldiselt spetsiifilisele. Teave on paigutatud kindla korra järgi ja tähistatud tähtede ja numbritega: RFKs on s-, b-, d- ja e-koodid (vt loetelu ja joonis 3, lk 70).

Vaatame näiteks klassifikatsiooni 5. peatükki – enesehooldus, milles on sellised kategooriad (koodid) nagu enda pesemine, kehaosade hooldus, tualettruumi toimingud, riietumine, söömine, joomine, oma tervise eest hoolitsemine (tabel 1, lk 71). Kategooriad on paigutatud hierarhiliselt.

RFK ülesehitus

1. Klassifikatsioon koosneb kahest jaost (funktsioneerimisvõime ja taustategurid) ning neljast osast (struktuurid, funktsioonid, tegutsemine/osalus, keskkonnategurid).
2. Jaod koosnevad peatükkidest, peatükid kategooriatest ehk koodidest. Peatükid ja kategooriad (koodid) sisaldavad täpseid definitsioone (mida mingi kood tähendab).
3. Mida pikem kood, seda spetsiifilisem ja täpsem info.
4. RFK kasutamisel piisab 9–18 koodist, et juhtumit kirjeldada; enamasti piisab 2-tasandilisest täpsusest (kolmenumbiline kood).
5. Kõiki klassifikatsiooni osi (s-, b-, d- ja e-koodid) hinnatakse kvantitatiivselt sama üldskaala (0–4) alusel. Kasutada saab ka punkte 8 ja 9. Skaalal tähendab 0, et probleemi ei ole (probleem puudub või on tühine, ...), 0–4%. 1 tähendab, et on kerge probleem (väike, nõrk, ...), 5–24%; 2 – mõõdukas probleem (keskmine, tuntav, ...), 25–49%; 3 – raske probleem (suur, tõsine, oluline, ...), 50–95%; 4 – täielik probleem (vaieldamatu, sügav, ...), 96–100%. 8 – täpsustamata (olemasolev info ei võimalda probleemi raskust täpsemalt hinnata); 9 – mittekohaldatav (kood ei ole rakendatav).
6. Selleks, et RFK kood oleks täielik, kuulub selle juurde ka määraja (ehk number, mis väljendab probleemi ulatust, olemust või raskusastet). Määrajad on tähistatud ühe, kahe või enama numbriga peale punkti. Keskkonnategurite (e-koodide) puhul saab dokumenteerida nii takistavaid kui ka hõlbustavaid tegureid.
7. Hindamisel tuginetakse hetkeolukorrale (momentvõte, kuidas praegu olukord on), kuid protsessi kulgemise või muutumise kirjeldamiseks on võimalik hinnata samu valdkondi teatud ajaperioodi tagant. See võimaldab hinnata näiteks teatud sekkumiste tulemuslikkust.

Inimese olukorra kirjeldamiseks tuleb spetsialistil valida sobivad kategooriad ja info dokumenteerida, kasutades vajalikku koodi ja probleemi raskusastet väljendavat määrajat.

Miks kasutada RFKd?

Praegu kasutatakse inimese olukorra dokumenteerimiseks sageli kvalitatiivset hinnangut. Enamasti on need kirjeldavad hinnangud, mis puudutavad inimese

Kategooria: Jalatsite (jalakatete) jalgapanek

Definitsioon: Sokkide, sukkade ja jalanõude jalgapanekuks vajalike koordineeritud liigutuste sooritamine

d5402.3 tähendus: inimesel on sokkide jalgapanekul mõõdukad raskused

RFK kood = eesliide (täht) + numbriline kood . määraja



Joonis 3. RFK kategooria (ehk kood)

Tabel 1. Enesehoolduse kategooriad

Peatükk	Kategooria	Definitsioon	
Enesehooldus	Enda pesemine (d510)	Kogu keha või kehaosade pesemine ja kuivatamine, kasutades selleks vett ning sobivaid pesemis- ja kuivatusvahendeid /.../	
		Kehaosade pesemine (d5100)	Vee, seebi ja muude vahendite kasutamine kehaosade pesemiseks
		Kogu keha pesemine (d5101)	Vee, seebi ja muude ainete kasutamine kogu keha puhastamiseks, nt vannis käimine
		Enda kuivatamine (d5102)	Käteräti või muude kuivatusvahendite kasutamine
	Kehaosade hooldus (d520)	Hoolitsemine selliste kehaosade eest, mis nõuavad rohkemat kui pesemist ja kuivatamist, nagu nahk, nägu, hambad, juuksed /.../	
		Nahahooldus (d5200)	Naha struktuuri ja niiskuse eest hoolitsemine
		Hammaste hooldus (d5201)	Suuhügieeni järgimine (hammaste pesemine)
		Juuste hooldus (d5202)	Juuste ja näokarvade hooldus (kammimine, raseerimine)

tegevuspiiranguid, toimetulekut eri eluvaldkondadega, suhetega jm – see on kirjeldav tekst selle kohta, mis inimesega juhtus, millega inimene tuleb toime, millega on tal raskusi, milline on teda ümbritsev keskkond jne. Kvalitatiivse kirjelduse ja eesmärkidega võib tekkida olukord, kus:

- eri spetsialistid kasutavad olukorra kirjeldamiseks oma eriala terminoloogiat, mis ei ole inimesele (kliendile) ja teisele spetsialistile arusaadav.
- kirjeldavat teksti võivad inimesed tõlgendada erinevalt, sest sõnadel on nende jaoks erisugune tähendus.
- kirjeldava hinnangu koostamine nõuab spetsialistilt aega, sõnastusoskust ja delikaatsust, et kirjeldada olukorda võimalikult neutraalselt ja inimest kirjeldusega mitte haavata.

- kirjeldava teksti alusel ja mitte kasutades mõõdetavaid eesmärgi on raske hinnata olukorra muutumist (nt analüüsida teenuse tulemusi, teha statistilist analüüsi kõigi teenust kasutanud klientide kohta).

Kirjeldava hinnanguga puutuvad kokku peale kliendi ja teenuse osutaja ka teenuse rahastajad. Mõni olukord on delikaatne ja peaks jääma ainult teenuse osutaja ja teenuse saaja vahele ega puutu rahastajasse. Teenuse rahastaja huvi on jälgida vaid teatud võtmenäitajate muutusi pärast sekkumisi.

Tabelis 3, lk 72 on toodud näide visuaalsest profiilist, mis on kujundatud tööväime hindamise ekspertiisi alusel, kus RFK koodid on juba kasutusel. Probleemi raskusaste on väljendatud tööväime valdkonna piirangu alusel. Kui inimene tuleb näiteks kolme aasta pärast

Tabel 2. Kliendi töövõime profiil töövõime hindamise ekspertiisi alusel

Valdkond	RFK kood	Raskusaste				
		0	1	2	3	4
Liikumine	Pikkade vahemaade käimine (d4501)					
	Südame- ja veresoonkonna struktuur (s410)					
	Kõrge vererõhk (b4200)					
Käte kasutamine	Käte ja käsivarte pööramine (d4453)					
	Kättega kandmine (d4301)					
	Ülajäseme valu (b28014)					
Muudatustega kohanemine, ohu tajumine	Stressi ja psüühiliste koormustega toimetulek (d240)					
	Emotsioonide reguleerimine (b1521)					
	Psüühiline stabiilsus (b1263)					
	Peaaju struktuur (s110)					
Suhtlemine	Võõrastega kontakteerumine (d730)					
	Perekondlikud suhted (d760)					
	Emotsioonide reguleerimine (b1521)					

töövõime kordushindamisele, on võimalik jälgida, millised muutused on tema funktsioneerimisvõimes toimunud. Kordushindamine annab infot ka inimesele vahepeal osutatud teenuste tulemuslikkuse ja mõju kohta.

Miks on RFKd vaja?

1. RFK on terviklik: inimese terviseolukorra kõrval peetakse samavõrd oluliseks ka teisi toimetulekut mõjutavaid asjaolusid (eeskätt tegutsemist ja osalust ühiskonnaelus ning tema keskkonnaga seotud tegureid). See tähendab, et ka meetmeid inimese toetamiseks saab planida terviklikult.
2. Kindlate definitsioonide kasutamisega on loodud eeldus eri valdkondades ja erialadel töötavatele spetsialistele üksteise paremaks mõistmiseks. Ühise keele kasutamine tähendab, et eri asjaosalised ei pea inimese olukorda üha uuesti üle

hindama; samas muudab RFK kasutamine rehabilitatsioonitöös selle hästi jälgitavaks (alghinnang, seatud eesmärk, vahehindamine, lõpphindamine).

3. RFK kasutamine võimaldab struktureerida teenuse osutamise protsessi, dokumenteerida infot, koostamata pikki kirjeldusi. Kvalitatiivse info analüüsimine on ajamahukas.
4. RFK kui info kodeerimise süsteem teeb andmete vahetamise ja analüüsimise eri süsteemide vahel oluliselt hõlpsamaks, see on riigi teenuste ja strateegiate kujundamisel oluline.

RFK rakendamisega seotud raskused

1. Peamine on, et info kodeerimine ei muutuks n-ö asjaks iseneses. See tähendab, et inimene ei tohi koodidesse ära kaduda!

Inimese jaoks ei ole koodid olulised, tema jaoks on endiselt oluline teenuse sisu. Kasutades info dokumenteerimiseks RFKd, peame mõtlema, kuidas esitada hinnang inimesele arusaadaval viisil.

2. RFK tõlge on kohmakas, vajab ajakohastamist ning keeleteoimetamist. WHO on vahepealsetel aastatel teinud klassifikatsiooni palju uuendusi ja parandusi, mida ei ole kajastatud eestikeelses tõlkes. Peame jätkama tööd, et saada hea ja keeluliselt laitmatu versioon.
3. RFK kasutamiseks on spetsialistidele kindlasti vaja toetavat infosüsteemi, mis võimaldaks hõlpsasti valida välja koodid ja määravad ning tööd dokumenteerida. Need infosüsteemid, kus RFKd kasutatakse, peavad olema liidestatud, et võimaldada info koondamist ühe kliendi kohta.
4. RFK on väga mahukas ja praegu ei ole piisavalt oskusi, praktikaid ega kogemusi selle kasutamiseks igapäevatoos. See eeldab spetsialistide koolitamist, RFK käsitlemist nii eriala- kui ka täienduskoolitusel.

RFK kasutusvõimalused

Klassifikatsioon on mahukas, seetõttu töötas WHO välja ligi 70 lühihindamisvormi (ingl *core-set*). Need on tõenduspõhised põhjaliku arendustöö käigus koostatud küsimustikud kasutamiseks näiteks rehabilitatsioonis või tööalases rehabilitatsioonis, inimese keskkonna hindamisel või konkreetse terviseolukorra puhul. Nendes lühihindamisvormides on defineeritud, mida just selle terviseolukorra puhul on kõige olulisem hinnata. Mis tähendab, et klassifikatsioonist on välja nopitud just need kategooriad (s-, b-, d- ja e-koodid), mida on oluline hinnata konkreetse diagnoosi puhul, et inimese funktsioneerimisvõimet mõista. Sellised diagnoosipõhised hindamisvormid

on olemas näiteks skisofreenia, alaseljavalu, depressiooni, reumatoidartriidi jmt puhuks.

WHO töötas välja ka metoodika tervikliku rehabilitatsioonitsükli elluviimiseks ja dokumendivormid rehabilitatsioonitsükli eri etappides kogutud info dokumenteerimiseks. Eesmärk on lihtsustada RFK kasutamist rehabilitatsioonis.

Eestis on RFK teemal viidud ellu erisuguseid arendusprojekte. Klassifikatsiooniga on rohkem kokku puutunud füsioteraapia eriala spetsialistid, alates 2016. aastast on see kasutusel töötukassas töövõime hindamisel. Sel sügisel alustab töötukassa koos ekspertarstide, juhtumikorraldajate ja tööalase rehabilitatsiooni teenuse osutajatega arendusprojekti, mille eesmärk on siduda kliendi töövõime hindamisel tuvastatud (ja RFK alusel kodeeritud) piirangud tööalase rehabilitatsiooniga. Nii saame rohkem infot RFK praktilise kasutamisega seotud küsimustest ja kitsaskohtadest.

Suur pilt ja väike pilt

Selliseid sotsiaal-, tervise- ja töövaldkonna teenuseid, kus dokumenteeritakse inimese toimetulekuga seotud infot, on palju. Inimesed võivad kasutada korraga mitut teenust ja liikuda ka teenuste vahel. Probleem on selles, et andmete vahetamine eri teenuste vahel on piiratud, sest need andmed ei ole dokumenteeritud ühtsetel alustel, need ei pruugi olla arusaadavad ja võrreldavad. Seetõttu hindavad eri teenuseosutajad inimest ja tema vajadusi korduvalt. Nii on teenuste rahastajate (nt riigi ja omavalitsuste) valdusesse kogunenud väga suur hulk infot inimeste funktsioneerimise kohta, mida tegelikult ei kasutata, sest kvalitatiivse ehk kirjeldava info analüüsimine on ajamahukas ja võimalik väikeste valimite puhul.

Info kodeerimine RFK abil muudab kvalitatiivse ehk kirjeldava info kvantitatiivseks

ehk statistiliselt töödeldavaks ning see võimaldab hõlpsasti analüüsida näiteks funktsioneerimisvõime languse põhjuseid, sekkumiste tulemuslikkust ning kujundada selle info alusel uusi teenuseid.

Kas meil on nii rikas riik, et võime lubada raiskamist? Mina nii ei arva. Ma arvan, et iga inimese olukord on ainulaadne, seda tuleb mõista ja pakkuda süsteemset ning tõenduspõhist abi. 

Kasutatud allikad

ICF case studies (2018). www.icf-casestudies.org/index.php?lang=en (26.08.2020).

ICF core sets in clinical practice. ICF-based documentation tools. (i.a) www.icf-core-sets.org (26.08.2020).

ICF Workshop / RFK koolituse materjalid (2017). Tallinn.

Prodinger, B., Reinhardt, J., Selb, M., Stucki, G., Tiebin, Y., Zhang, X., Li, J. (2016). Towards system-wide implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in routine practice: developing simple, intuitive descriptions of ICF categories in the ICF generic and rehabilitation set. *J Rehabil Med* 48, 508–514.

Rauch, A. Cieza, G. Stucki. (2008). How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine* 44 (3), 329–342.

Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon (RFK)

www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_regevused/Tervis/E-tervis_ja_e-tervisetoend/rfk_icf_sissejuhatus.pdf. (26.08.2020).

Reumatoidartriidi ravijuhend Eestis. (2003). Eesti Reumatoloogide Selts.

WHO (2002). Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health ICF. www.who.int/classifications/icf/icfbeginnersguide.pdf?ua=1. (26.08.2020).

Kuidas liigume edasi RFK metoodikaga?

Gerli Aavik-Märtmaa

hoolekande osakonna nõunik, sotsiaalministeerium

Lähiaastate soov on võtta RFK metoodika kasutusele üle Eesti, et kirjeldada inimese toimetulekut taastusravis, sotsiaalses ja tööalases rehabilitatsioonis ning abivahendite süsteemis, edaspidi võiks tehtud hindamiste infot kasutada ka puude raskusastme tuvastamisel ja töövõime hindamisel.

RFK-põhiseid hindamistulemusi saab jagada teistele juhtumiga seotud spetsialistidele: inimese toetamisprotsessis osalevatele teenuseosutajatele ja rahastajatele, perearstile, kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajale. Metoodika võimaldab terviklikult hinnata inimese funktsioneerimisvõimet, seada teenuseüleselt eesmärgid, koostada eri

valdkondades kasutatav tegevuskava, hinnata teenuste tulemuslikkust ning dokumenteerida kogu info ühtmoodi mõistetavalt.

Katseprojekt¹, sellega paralleelselt peetud arutelud ja projekti lõpuks valminud analüüs näitasid selgelt, et RFK rakendamise võimalused ja eelised kaaluvad üles riskid ning kitsaskohad. RFK kasutamine kolme süsteemi – taastusravi ja sotsiaalne ning tööalane rehabilitatsioon – üleselt on kasulik nii kliendile, teenusepakkujatele, rahastajatele kui ka riigile.

Millised sihtrühmad oleksid mõjutatud?

2018.–2019. aastal ellu viidud katseprojekti fookuses oli väike grupp kompleksvajadusega inimesi, kel oli eelduslikult tarvis tuge nii taastusravi kui ka sotsiaalse või tööalase rehabilitatsiooni süsteemist. Selleks, et RFK süsteemide ülesest kasutuselevõtust oleks maksimaalselt kasu, on mõistlik selle ulatust võrreldes katseprojektiga oluliselt laiendada, hõlmates kõik taastusraviteenuse saajad (või vähemalt statsionaarse taastusravi saajad, kelle puhul on tõenäosus edasise toe vajaduseks kõige kõrgem), sotsiaalse ja tööalase rehabilitatsiooni teenuse saajad ning vähemalt osaliselt ka abivahendite süsteemi kasutajad. Töötukassa algatab peagi oma katseprojekti, et siduda RFK abil senisest tugevamalt ka töövõime hindamise ja tööalase rehabilitatsiooni protsessid. Kas sama oleks võimalik teha ka puude määramise süsteemi juures, vajab alles arutelu, ent taastusravi lõpphindamine RFK baasil oleks igal juhul väärtuslik sisend ka puude hindamisel.

Haigekassa andmetel lõpetab igal aastal taastusravi üle 50 000 inimese, kellest

ligikaudu 10% on statsionaarse ning ülejäänud ambulatoorse teenuse kasutajad. Töötukassa tegi 2019. aasta jooksul üle 44 000 töövõime hindamise otsuse ja rahastas rohkem kui 5500 inimese tööalase rehabilitatsiooni teenuseid. SKA tegi 2019. aastal esmakordse puude otsuse 13 837 inimesele ning rahastas 9883 inimese sotsiaalse rehabilitatsiooni teenust. Kasusaajate ring sõltub suuresti sellest, mis hindamisi ja teenuseid RFK rakendamine mõjutab. Tagasihoidlikuma stsenaariumi järgi on kasusaajaiks eeskätt statsionaarse taastusravi, sotsiaalse või tööalase rehabilitatsiooni teenuse kasutajad ning esmakordse puude ja/või osalise/puuduva töövõime saanud inimesed. Optimistliku stsenaariumi korral on pikas plaanis aga kasusaajateks ka kõik puudega, kõik osalise ja puuduva töövõimega ja kõik taastusravi saanud inimesed. Seejuures ei ole täpselt teada, kui paljud neist tunnustest kattuvad, sest asjaomast isikupõhist analüüsi ei ole tehtud. 2019. aasta andmetele toetudes jääb kasusaajate arv hinnanguliselt 72 000 ja 246 000 inimese vahele.

Kuidas edasi?

2020. aasta kevadeks koostati RFK rakendamise esmane teekaart ning sotsiaalministeeriumi, haigekassa, sotsiaalkindlustusameti ja töötukassa juhtkonnad otsustasid juunis, et selle rakendamist jätkatakse. Enne teekaardi koostamist tehti järgmist:

- läbiti teenusdisaini protsess, et koguda kokku rehabilitatsiooniteenuse kasutajate kogemused;
- koostöös RFK-projekti meeskonna ning ekspertidega määrati kindlaks katseprojekti kontseptsiooni tööprotsessid;

¹ Katseprojektist „RFK kasutamine meditsiinilises, sotsiaalses ja tööalases rehabilitatsioonis ning abivahendi vajaduse hindamisel” kirjutab Sotsiaaltöö septembrinumbri veebiväljaandes (3/2020) selle koordinaator Ulvi Mölder.

- koostöös TEHIKu ja BitWeb Oüga koostati elektroonilise keskkonna prototüüp;
- tehti katseprojekt viie teenusepakkujaga (SA Pärnu Haigla, AS Põhja-Eesti Taastusravikeskus, Põlva Haigla AS, Dorpat Tervis OÜ, AS Lääne-Tallinna Keskhaigla), kaasates 36 teenuse kasutajat;
- korraldati kogemuskohatumised teenuseosutajate, ekspertide ning seotud ametkondade esindajatega;
- töörühm kohtus taastusarstide, teenuseosutajate, sotsiaalministeeriumi, sotsiaalkindlustusameti, töötukassa ja haigekassa esindajatega;
- analüüsiti tööprotsesse ja kogutud andmeid;
- sõltumatu ekspertmeeskond koostas materjalid (nt kliendi funktsioneerimisvõime profiili ja selle täitmise juhendi ning esimesed sobivuskriteeriumid taastusravilt rehabilitatsiooniteenuseni jõudmiseks) ja ettepanekud edasisteks sammudeks (integreeritud katseprojekti lõppraportisse).

Pikk ja lühike tee muudatusteni

Kokku kirjeldati 20 rakendamiseks olulist tegevuste paketti, mis omakorda jaotati n-ö lühikeseks ja pikaks teeks. Lühikesel teel kirjeldatakse tegevusi, mille jaoks vajalikud eeltegevused on juba ellu viidud ning millega on võimalik lähikuudel alustada. Pikal teel on tegevused, mille peamine eesmärk on toetada muudatuste üle-eestilist rakendamist, mis on ajakulukamad ning mille algatamiseks vajalikud eeltegevused ei ole veel tehtud. Rakenduskava kokkupanekul lähtume sellest, et lähiaastatel oleks võimalik jõuda RFK üleriigilise rakendamiseni,

ent praktiliste sammudega oleks võimalik alustada kohe.

Sügisel on plaanis kutsuda kokku RFK üleriigilise rakendamise ettevalmistamist toetav töörühm ja juhtrühm, mis jäävad protsessi toetama ja nõustama. Esimesel võimalusel uuendatakse RFK eestikeelset tõlget ning tehakse koolitajate koolitusi, et edumeelsetel teenusepakkujatel oleks võimalik alustada tööd RFK metoodika alusel. Kavandada tuleb ka täiendavaid katsetusi/mudeldamisi sihtrühmadega, kelle toetuseks Eestis veel RFK metoodikat rakendatud pole. Üleriigiliselt on vaja IT-tehnilist keskkonda töö toetuseks. Parimate võimaluste leidmiseks tuleb alustada äri- ja õigusanalüüsiga, samuti tuleb arutada, kas ja milliseid teenuse saamise kriteeriume kohandada selleks, et RFK kasutamise abil oleks võimalik inimeste sujuvam liikumine (sh nt mingitel juhtudel ei peaks olema puude olemasolu sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse saamise aluseks) ning mis muudatusi on vaja teha õigusruumis.

Kui lühikeses plaanis tuleb täienduskoolituste vajadus lahendada eestkätt eraldiseisvate koolitusprogrammidega, siis pikas plaanis on oluline leida koostöös kõrgkoolidega võimalusi RFK metoodika integreerimiseks asjakohastes õppekavadesse.

Oluline on, et muudatustega alustades teaksid kõik asjaosalised, mis eesmärki täidame, ja mis järjekorras eri tegevusi on teha vaja. Samal ajal hoiame fookuses eesmärki, et soovitud muudatused jõuaksid teenusekasutajateni võimalikult kiiresti ja kasutajasõbralikult ning muudatuste järkjärgulise rakendamisega lihtsustaksime ja parandaksime ka kõigi asjaosaliste igapäevast tööd. 

**Liana Rumvolt***koolitusspetsialist, Tervise Arengu Instituut*

Lipusüsteem – juhend laste ja noorte seksuaalkäitumise hindamiseks ja sellele reageerimiseks

Juhend, mida tutvustatakse koolitustel Eesti spetsialistidele, on hea töövahend, mille abil lahendada olukordi päriselus.

Täiskasvanutel võib olla keeruline rääkida laste ja noortega seksuaalkäitumisest. Seksuaalsus on aga laste ja noorte arengu loomulik osa. Interneti ja nutitelefonide abil pääsevad lapsed kergesti ligi seksuaalkäitumist puudutavale infole, mille mõjul võivad nad käituda viisil, mida peab oskama hinnata, et sellele asjakohaselt reageerida. Kui laps käitub oma ea kohta ebasobivalt, ei tohi teda tõrjuda, süüdistada või tema käitumist eirata, sest see ei toetaks tema turvalist eakohast arengut ja võib tahtmatult sellist käitumist kinnistada. Oluline on toetada lapse seksuaalset terviklikkust ehk võimet seada piire ja arvestada

teiste seatud piiridega ning ühiskonna väärtuste ja normidega. See ennetab ja vähendab väärkohtlemist.

Juhendi tutvustamine Eestis

Belgia seksuaaltervise kompetentsikeskuses Sensoa töötati 2010. aastal välja abistav juhend „Lipusüsteem” laste ja noorte seksuaalkäitumise hindamiseks ja sellele reageerimiseks. Juhend sisaldab mitmeid töövahendeid, mis aitavad täiskasvanuil lahendada olukordi päriselus. 2017. aastal asus Hollandi seksuaal- ja reproduktiivtervise ja -õiguste kompetentsikeskus Rutgers

Seksuaalsus on inimese osa alates sünnist. Lapseas on seksuaalsus seotud enda ja ka teiste keha avastamisega, selle üle imestamisega, uurimisega, kehaga seotud piiride tundmaõppimisega, puudutuste ja tunnete kogemise ja nendega toimetuleku harjutamisega, samuti tavade ja ühiskonnaelu reeglite järgimise harjutamisega (Part, i.a. Tarkvanem.ee).

koostöös Sensoaga meetodit rahvusvaheliselt tutvustama ning selleks aastaks on see sotsiaalkindlustusameti, Tartu Ülikooli ja Tervise Arengu Instituudi koostöös eestindatud. Meetodit aitab tutvustada ja koolitajaid välja õpetada justiitsministeerium.

Lipusüsteemi saavad oma töös rakendada asendushoolduse kasvatajad, lastekaitsetöötajad, politsei, õpetajad, noorsootöötajad ja teised lastega kokku puutuvad spetsialistid.

Nimetus „Lipusüsteem” viitab neljale lipule ning teistele selle meetodi osadele nagu hindamiskriteeriumid; laste eakohase seksuaalkäitumise arengutabel; näidisillustatsioonid ja juhised reageerimiseks.

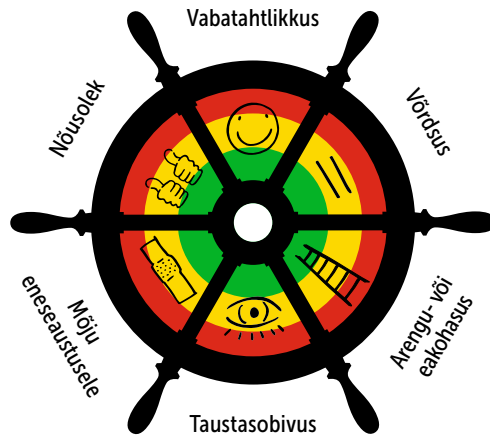
Kriteeriumid ja nende hindamine

Juhendi abil saavad spetsialistid tüüpilisi olukordi hinnata ning arutada, kuidas nendele reageerida. Abistava elemendina tulevad appi eri värvi lipud, mis tähistavad käitumise sobivust: roheline on eakohane loomulik käitumine, kollane ebasobiv, nn piiripealne käitumine, punane on lubamatu käitumine, mille puhul on oht, et laps võib endale või teistele haiget või kahju teha, ja must on täiesti lubamatu käitumine, millega kaasneb märkimisväärne kahju. Lastevahelise, aga ka lapse ja täiskasvanu vahelise käitumise hindamise aluseks on kuus kriteeriumit (vt ka joonis 1).

1. **Nõusolek** – kõik asjaosalised annavad tegevuseks teadliku ja täieliku loa. Kui üks osaline eksitab, tüsatab, jätab teise ebakindlase olukorda või käib liialt peale, ei saa eeldada kõigi täielikku nõusolekut.
2. **Vabatahtlikkus** – vabatahtliku ja sunniviisilise tegevuse piiri ei ole täpselt sõnastatud, kuid kui laps või noor osaleb tegevuses vastumeelselt või survestab ise teist osalema, ei ole tegu vabatahtlikkusega. Vastu tahtmist osalemist võib

mõjutada ka manipuleerimine, võrgutamine, premeerimine, aga ka ähvardamine ja väljapressimine. Ka alkoholi ja narkootiliste ainete mõju all ei ole osalemise vabatahtlikkus tagatud, sest sel juhul on inimese enesekontroll nõrgem.

3. **Võrdsus** – asjaosalistel peab olema võrdne võim, ilma et üks pool teist survestaks või teise üle domineeriks. Võrdsus puudutab muu hulgas näiteks vanust, teadmisi, intelligentsust, välimust, võimu, elukogemust, küpsust või staatust.
4. **Arengu- või eakohasus** – laps või noor ilmutab seksuaalkäitumist, mida võib oodata tema eas või tema bioloogilisel, psühholoogilisel ja emotsionaalsel tasemel inimeselt. See põhineb teadusuuringutel ja on kirjeldatud „Lipusüsteemis” sisalduvas arengutabelis.
5. **Tausta sobivus** – käitumine on ebasobiv, kui see kaasinimesi häirib või solvab. Seetõttu on oluline kontekst, milles mingi käitumine aset leiab. Nt avalikus kohas, kus viibib ka teisi inimesi, kehtivad avaliku moraali reeglid ja igasugune käitumine ei tarvitse olla vastuvõetav. Samuti võib oma osa olla kultuurilistel iseärasustel – perekondlikel tavadel, subkultuuril ja kultuuril (etnilised, religioossed, kultuurilised, isiklikud väärtused ja normid).
6. **Eneseaustus** – käitumine ei või kahjustada lapse ja noore eneseväärikust. Seksuaalkäitumine võib olla füüsiliselt, psüühiliselt või sotsiaalselt kahjulik lapsele või noorele endale. Ta võib saada haiget, tunda end alandatuna, sattuda riskiolukordadesse, mõistmata täielikult, millised on ta oma soovid ja piirid. Samuti võib noor endale või teistele teha kahju teiste piire ületades, nii et saavad kahjustada suhted või maine. Sageli ilmnevad negatiivsed tagajärjed alles aja möödudes, mida laps ei oska ette näha.



Joonis 1. Lastevahelise ning lapse ja täiskasvanu vahelise käitumise hindamise kriteeriumid

Allikas: Frans 2020

Käitumisele reageerimine

Hindamisele järgnevad juhised, kuidas ühel või teisel juhul oleks õige reageerida. Eesmärk on leida lapsega ühine keel ja jõuda koos selgusele, milline on sobiv käitumine. Samm-sammult üles ehitatud reageerimise juhised aitab täiskasvanul rääkida keerulisel teemal, sõnastada nähtud käitumine ja tuua välja, mis on selles eakohast ja põhjendatud, mis ei ole sobiv. Vajaduse korral tehakse lapsega kokkulepped. Loomulik käitumine tähistatakse rohelise lipuga. Sellele võib ka reageeritama jätta või soovi korral anda tagasisidet, et see on sobiv. Kollase lipuga tähistatud käitumise puhul lisandub arutelu selle üle, mis ei sobi, ja lepitakse kokku, kuidas edaspidi käituda. Punase lipu puhul tuleb eelnevale lisaks tugevdada järelevalvet, juhtida tähelepanu varem toimunud vestlustele, anda selgelt sõnastatud tagasisidet, et selline käitumine on lubamatu, ning kui laps keelust üle astub, võib lisanduda hariduslike mõjutusvahendite rakendamine. Vajaduse korral tuleb teavitada lastekaitset, politseid

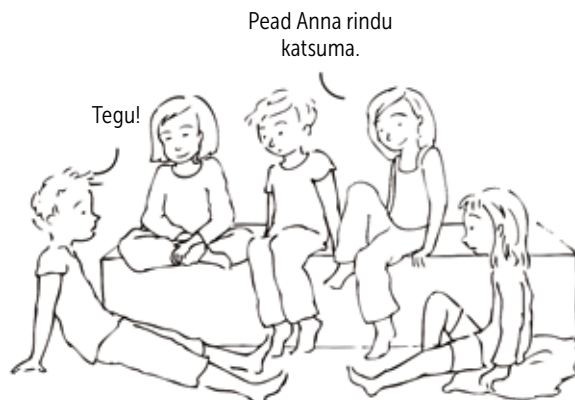
vms (nt helistada lasteabi telefonile). Musta lipu puhul tuleb eelnevale lisaks rakendada kokkulepitud mõjutusmeetmeid ja teatada juhtunust lastekaitsele või politseile.

Näide „Lipusüsteemi” meetodi rakendamisest kollast värvi käitumise puhul

Peaaegu kõigil noortel on kogemusi seksuaalsete mängude või grupis esinevate olukordadega. Mõnikord võib seltskond aidata häbelikkusest ja piinlikkusest üle saada, kuid võib tekitada ka survet teha asju, mida noor teha ei soovi. Rühm võib anda ka noorele vabaduse kasutada teise noore inimese suhtes lubamatut seksuaalkäitumist. Seksuaalkuritegude uurimisel on poisid välja toonud järgmisi motiive: nali, kõva mehe mängimine, soov osaleda, staatuse tõstmine, võimalus kiidelda.

Hindame pildil oleva poisi käitumist kriteeriumite abil:

- ✓ Nõusolek: +/- . Ei ole selge, kas tüdruk seda soovis või kas ta andis poisile teadliku nõusoleku.



Joonis 2. Rühm 15–16aastaseid noori mängib magamistoas mängu „Tõde või tegu”. Poiss saab ülesande tüdruku rindu katsuda.

Allikas: Frans 2020

- ✓ Vabatahtlikkus: +/- . Ei ole selge, kas poiss ise soovis tüdruku rindu katsuda. Nii poiss kui ka tüdruk võisid olla mängus surve all.
- ✓ Võrdsus: +/- . Noored on võrdsed, aga grupp võib survet avaldada.
- ✓ Arengu- või eakohasus: + . Seksuaalsed mängud on selles vanuses normaalsed.
- ✓ Tausta sobivus: + . Käitumine leiab aset privaatses magamistoas ja sõprade seas.
- ✓ Mõju eneseaustusele: +/- . Käitumine võib kahjustada noorte eneseaustust. Nad võivad end hiljem halvasti tunda.

Kollase lipu korral on käitumine piiri- pealne, olukorda võib püüda lahendada vestluse abil. Näiteks võib täiskasvanu reageerida järgmiselt.

1. Poisi ja tüdruku rääkides: „Kas on lõbus osaleda mängus, mille ülesannetest ei saa keelduda? Kõik on korras seni, kuni ise soovid ülesannet täita. Sa ei tohiks lasta end sundida osalema milleski, mida sa teha ei soovi. Kui teised sind survestavad, ei ole see õige. Ja seetõttu on sul ka täielik

õigus ülesande täitmisest keelduda.”

2. Ülejäänud noortega rääkides: „Selle mängu mõte on üksteist proovile panna, milles ei ole midagi halba. Aga kedagi ei tohi sundida seksuaalseteks tegevusteks. Milles võiksime nüüd kokku leppida?”
3. Õpetaja või toetava täiskasvanuga rääkides: „Noored katsetavad palju, nende mängud võivad olla ka seksuaalse alatooniga. Kuid kellegi sundimine selleks ei ole vastuvõetav. Tegutsege nii, et poiss seda mõistaks ning hoolitsege selle eest, et ta seaks oma käitumisele piirid.” Näiteks saab poisiga vestelda juhtunust ja küsida, kas see oli lõbus kõigi jaoks või tundis keegi end ebamugavalt; selgitada, et tal on täielik õigus ülesande täitmisest keelduda.
4. Pikaajaline strateegia: püüdke meeles pidada normaalset seksuaalset arengut ja õpetada noortele, mis käitumine on lubatud ja mis mitte.

Meetodi kasutusvõimalused

Hollandis ja Belgias on „Lipusüsteemi” meetodit kasutatud ka noorte endiga

arutelugruppe korraldades. See on aidanud noortel mõista, mis on sobiv ja mis mitte ning ennetada sel viisil nende sattumist ohvri või survestaja rolli.

Lipusüsteemi kohta tehtud uuringud näitavad, et seda kasutavad spetsialistid tunnevad, et on suutelised laste ja noorte eakohast ja turvalist seksuaalset arengut toetama ning suudavad seksuaalkäitumist paremini hinnata, teemat arutada ning asjakohaselt reageerida.

Lipusüsteemi üks oodatav tulemus on veel see, et laste ja noortega töötavate organisatsioonide juhid tagavad toimivad korralduslikud tingimused seksuaalrõõmu hoidmiseks ja lubamatu seksuaalkäitumise ennetamiseks ning organisatsioonil on kokkulepped, kuidas ennetada lubamatut seksuaalkäitumist ja

toetada lapse turvalist arengut.

Lipusüsteemist võib olla kasu ka lapsevanematele, sest see õpetab laste seksuaalkäitumist hindama ja sellele reageerima.

Laste seksuaalkäitumise vahetu hindamise ja reageerimise juhistele lisaks on „Lipusüsteemi” raamatus lühidalt kirjeldatud ka lapse seksuaalkäitumise arengut pikaajaliselt toetavaid strateegiaid. Näiteks muuta „roheline” käitumine tavaliseks, juhendada last netis ettetuleva valimisel, õpetada tundeid reguleerima, arendada empaatiat ja südametunnistust, oskust rääkida seksuaalsusest jm. Ka pikaajaliste kasvatusviiside puhul on lipud olulised – sõltuvalt sellest, mis värvi lipp lapse käitumisele antakse, lisandub üha rohkem kasvatusviise või strateegiaid käitumise mõjutamiseks. 

Kasutatud allikad

Frans, E. (2020). Lipusüsteem: laste ja noorte lubamatule ja sobimatule seksuaalkäitumisele reageerimine. Tallinn: Sotsiaalkindlustusameti ohvriabi.

Lipusüsteemi rahvusvaheline koduleht www.flagsystem.org.

Part, K. (i.a.). Lapse keha- ja tundeõpetus: milline on väikese lapse seksuaalsus? [Video]. Seksuaalkasvatus. Tarkvanem.ee

„Lipusüsteemi” kohta saab lähemalt lugeda sotsiaalkindlustusameti veebilehelt www.palunabi.ee, kus on sellele eraldi rubriik. Raamatuid jagatakse koolitustel osalevatele spetsialistidele. Kontaktisik on sotsiaalkindlustusameti ohvriabi ja ennetusteenuste osakonna seksuaalvägivalla kriisiabi keskuste teenuse juht Keete Janter, keete.janter@sotsiaalkindlustusamet.ee.

Vaata ka Dr. Kai Parti intervjuud 27.02.2020 Terevisioonis.

Täna artikli valmimisele kaasa aidanud „Lipusüsteemi” juhendi kaastöötajaid Kai Parti, Tiia Pertelit ja Keete Janterit.

**Karmen Toros***Tallinna Ülikooli ühiskonnateaduste instituut***Asgeir Falch-Eriksen***Oslo Metropolitaani ülikooli sotsiaaluuringute keskus*

Lastekaitsetöö COVID-19 pandeemia ajal Eestis

KOKKUVÖTE:

Kevadine COVID-19 pandeemia muutis lühikese ajaga väga paljude inimeste tavapärase elu- ja töökorraldust. Nii oli ka lastekaitsetöös pandeemia ajal mitmeid asjaolusid, mis tegid töö tavapärasest keerulisemaks. Kevadel tehtud uuring näitab, kuidas mõjutas pandeemia Eesti lastekaitsetöötajate tööd ning mis oli laste ja pere toetamisel kõige suuremaks proovikiviks.

Veebipõhises uuringus osales 81 lastekaitsetöötajat üle Eesti. Tulemustest selgus, et suurimad piirangud lastekaitsetöötajate töös olid seotud kodukülastustega, mida nähti takistusena lapse abivajaduse hindamisel ning lapse ja pere abistamisel: suhtlemine info- ja kommunikatsioonitehnoloogia vahendusel ei asenda inimkontakti. Kodukülastuse piirangud raskendasid ka hooldusõigusega seotud vaidluste lahendamist ja lapse parima huvi tagamist.

Valdkondadest ja probleemidest, mille puhul lapsevanemad tuge vajasisid, mainiti kõige enam e-õpet (sh vanematele arvuti õpetamist), töö- ja pereelu ühildamist, varjatud vägivalda, vaimse tervise probleeme, alkoholi kuritarvitamist. Peamised muutused toimusid töö korralduses – vahetu klienditöö asendus telefoninõustamisega.

Artikli lõpus on toodud välja mitmed murekohad, mis vajavad laiemat käsittlust ning lahendusi, et lastekaitsetöötajal kohalikul tasandil oleks võimalus toetada last ja pere suuremate kriiside ajal.

MÄRKSONAD:

lastekaitsetöötaja, pandeemia, COVID-19, lapse ja pere toetamine

Maailma Terviseorganisatsioon (WHO) kuulutas COVID-19 pandeemiaks 12. märtsil. Artikli kirjutamise lõpetamise hetkel (31.08.2020), oli maailmas 25 222 709 viirusega nakatunud inimest ning 844 312 sellest põhjustatud surma 216 riigis. Eestis oli positiivse viirusetesti tulemuse andnud

2375 inimest, surmajuhtumeid oli registreeritud 64.

Lapse areng ja igapäevaelu on eriolukorra ajal häiritud, sh sotsiaalsed kontaktid ja ligipääs vajalikele teenustele (Fegert ja Schulze 2020; The Alliance ... 2019; Usher jt 2020), mis tavapärastes tingimustes toetavad lapse

heaolu ja edendavad resilientisust ehk võimet kohaneda keeruliste oludega (Dalton jt 2020). Fegert ja Schulze (2020) rõhutavad, et toetus abivajavatele peredele on pandeemia ajal väga tähtis, sealjuures on lastekaitsetöötajatel oluline roll toetuse tagamisel. Unustada ei või ka pandeemia psühholoogilist mõju, sh hirmu, ebakindlust, sotsiaalset isolatsiooni (Imran jt 2020; Jiao jt 2020). Selliste kriiside ajal on riigid silmitsi tõsiste katsumustega – inimesed, kes vajasisid abi ja toetust juba varem, vajavad seda endiselt ning tõenäoliselt abivajajate arv suureneb. Lastekaitseüsteem peab seda silmas pidades suutma kiiresti reageerida (Sistovaris jt 2020). See artikkel annab ülevaate uuringust, mis viidi ellu Eesti lastekaitsetöötajate seas eriolukorra ajal, et selgitada välja, milline on lastekaitsetöö pandeemia ajal. Uuringut toetas Eesti Teadusagentuuri grant (PSG305).

Kasutatud metoodika

Veebipõhises uuringus osales 81 lastekaitsetöötajat viiest Eesti piirkonnast, enim oli vastajaid Põhja-Eestist (43%). Uuringus osalemise kutse saadeti 253 lastekaitsetöötajale esimest korda 29. aprillil ja korduskutsena 13. mail. Vastajate vanus oli 23–70 eluaastat, keskmine vanus 46 aastat. Enamik vastajaist oli naissoost (96,3%, n = 78).

Lastekaitsetöötajatel paluti vastata, milline on nende sugu, vanus ja piirkond. Nende pandeemiakogemusi uuriti kolme avatud küsimusega:

- Millised on väljakutsed lastekaitsetöös seoses pandeemiaga?
- Mis on töös erinevat enne ja pärast pandeemiat?
- Mil viisil on muutunud lastekaitsetöö olemus ja sisu pandeemia ajal?

Täiendavalt võis lisada teemaga seotud kommentaare. Andmeid analüüsid

kasutati tematiseerimist (Clarke ja Braun 2013) ning järgiti konfidentsiaalsuse, anonüümsuse ja eetika põhimõtteid. Järgnevalt tehakse lühikokkuvõtte küsitluse kolmest põhiteemast: organisatsioonilised ja välised piirangud ning muutused lastekaitsetöös.

Organisatsioonilised piirangud

Kodukülastused

Suurimad piirangud lastekaitsetöötajate töös olid seotud kodukülastustega – üldiselt tehti neid vaid siis, kui laps oli hädaohus. Osa vastajaid nimetas kodukülastuse keeldu suureks takistuseks abivajaduse hindamisel ning lapse ja pere abistamisel. „*Kokkusaamiste piiramine või keelustamine on tõsine takistus töö tegemisel*” (R1); „*Väljakutseks on see, et kuidas lahendada juhtumeid, kui ei toimu kontaktvastuvõttu ning kodukülastust*” (R4). Kodukülastuste piirangud/katkestust kirjeldatai kõige sagedamini – see tekitas lastekaitsetöötajais abitustunnet ja oskamatus tulu. Samas oli vastajaid, kes lähenesid kodukülastustele loovalt, kohtudes laste ja peredega vabas õhus, üksteisest ohutus kauguses: „*Leidsime viise, näiteks kohtume lastega väljaspool kodu, hoolimata ilmast ...*” (R65). Oli ka neid, kes kasutasid virtuaalse kodukülastuse võimalust: „*Pandeemia ajal tuli leida uusi võimalusi perega suhtlemiseks ... ka virtuaalsed kodukülastused*” (R37).

Kaugtöö ja kommunikatsioon

Peamiseks suhtlemis- ja töövahendiks eriolukorra ajal olid e-post, telefon ja veeb: „*Enamik tööd tehakse telefoniga*” (R3); „*Olen suutnud kõik korraldada nii, et ametnikuna olen igati kättesaadav. Kasutan selleks ka erinevaid suhtluskanaleid: meil, sõnumid, videokõned, messenger (Facebook)*” (R73). Lastekaitsetöötajad mainisid virtuaalsetele kodukülastustele lisaks ka virtuaalseid

ümarlaudu ning kohtuistungeid. Teisalt leiti, et need kommunikatsioonivahendid muudavad töö keeruliseks, sh suurendavad töökoormust: „Telefonis veedetud aeg on märkimisväärselt kasvanud...” (R39), „Päevad läbi telefoniga suhtlemine pani kõrvad valutama...” (R53), „Kohtuistungitel virtuaalruumis osalemine on ka paras väljakutse” (R7). Vastajate kogemuste kohaselt on lastekaitsetöötajad panustanud palju töökorralduse muutmiseks, et nad oleksid lastele ja peredele kättesaadavad, olenemata olukorrast.

Kaugtöö tekitas raskusi abivajaduse hindamisel või arvamuse selgitamisel kohtumenetluse raames, sest inimest nägemata oli keeruline mõista emotsioone, kehakeelt, reaktsioone vestluse käigus, luua kontakti, ehitada üles usaldussuhet, hinnata toimetulekut: „...väiksemate lastega kontakti loomine käib pigem mängulise lähenemisega, seega on keeruline väikese lapsega kontakti luua ainult distantsilt” (R27).

Toetus abivajavatele peredele on pandeemia ajal väga tähtis.

Keerukana nimetati ka kontakti loomist uute peredega, sest teavet nende kohta polnud ja telefonikõnest ei piisa, et pere olukorrast aru saada. Lastekaitsetöötajad rõhutasid, et info- ja kommunikatsioonitehnoloogia ei asenda inimkontakti. Lastekaitsetöö eeldab sageli kiireloomulisi lahendusi ja sekkumisotsuseid, mida on keeruline teha telefoni teel, e-postiga või veebis. Siis on kerge hinnata olukorda valesti ning tõlgendada väärtalt ka lapse ja pere vajadusi.

Telefoni teel on keeruline ka motiveerida. Seda teemat toodi e-õppe kontekstis välja korduvalt – kuidas motiveerida last telefoni teel, eriti kui laps ei käinud enne pandeemiaatki regulaarselt koolis ning tal on

näiteks ka käitumisprobleemid, või kuidas aidata last, kes ei ole millestki huvitatud. „Oli juhtumeid, kus laps lihtsalt ei tahtnud midagi teha ning oli raske motiveerida teda telefoni teel” (R8), „... kuidas motiveerida lapsi (kes pole harjunud abi küsima, kui millegi aru ei saa) õppetükkide vastamise vajalikkusest koduõppel” (R53). Sellistel juhtudel oli motiveerimine keeruline juba varem ja eriolukorra ajal oli see veelgi keerulisem.

Raskused abivajaduse hindamisel ja abistamisel

Lapse ja pere abivajaduse hindamine eriolukorras oli lastekaitsetöötajate sõnul üks raskemaid ülesandeid, millest lähtudes tuli spetsialistidel osata leida ka asjakohaseid abistamise ja toetamise viise. Valdkondadest ja probleemidest, mille puhul lapsevanemad tuge vajasisid, mainiti kõige enam e-õpet (sh vanematele arvuti õpetamist), töö- ja pereelu ühildamist, varjatud vägivalda, vaimse tervise probleeme, alkoholi kuritarvitamist. Eriolukord võib tekitada või suurendada stressi, väsimust, eriti üksikvanemale. Lastekaitsetöötajad tundsid muret, kuidas nad saavad sellistes olukordades lapsevanemaid telefoni või veebi kaudu aidata: „...kuidas toetada materiaalselt, vaimselt ja moraalselt perekondi, kus on mitu last...” (R20). Osa lastekaitsetöötajaid sattus ise keerulisse olukorda töö- ja pereelu ühildamise tõttu – neile tegi muret laste e-õpe, laste ja kodu eest hoolitsemine, ise samal ajal täiskoormusega töötades.

Keerulised olid hooldusõigusega seotud vaidlused ja lapse parima huvi tagamine: „Mõned vanemad kasutasid eriolukorda oma huvides. Ning lastekaitse ei olnud üht vastust, kuidas eriolukorra ajal oleks õige, kas korraldada kohtumisi või peab laps koju jääma” (R8). „Eraldi elavate vanemate ja laste kohtumised tekitasid suuri

arusaamatusi ja uusi kohtuvaidlusi” (R48). Lastekaitsetöötajad oleksid vajanud juhi-seid, kuidas eriolukorras juhendada lahus elavaid lapsevanemaid, kes ei suuda kokku leppida suhtluskorras. Eriolukorra ajal tuli hooldusõigusega seotud vaidlusi juurde.

Välised piirangud

E-õpe ja õppimine

Lastekaitsetöötajad viitasid ka välistele asjaoludele, mis teevad töö eriolukorra ajal keeruliseks, näiteks puudusid peredel e-õppes ja õppetöös osalemiseks vajalikud tingimused. Koolidest tuli iga päev päringuid laste kohta, kes ei osalenud e-õppes. „Saame koolidelt iga päev teateid, et lastel on koolitööd tegemata. Keegi ei mõelnud eriolukorras, kuidas lapsed koolitööd teevad, kui kodus ei ole arvutit ja netiühendust” (R48). Nagu tsitaadist näha, ei olnud kõigil lastel ligipääsu arvutile ja internetile. Seetõttu tuli lastekaitsetöötajatel tegeleda ka lastele töövahendite hankimisega. Osa vastajaid tundis koolide survet seoses õppetöös osalemisega: „... eeldatakse, et lastekaitse paneb lapsed kodus õppima, kui kool ei suuda seda teha” (R66). Aktiivne osalus e-õppes ja ootused, et lastekaitsetöötajad oskavad küsimusi lahendada, oli uus katsumus.

Toodi välja, et mitteosalemise põhjusi on füüsilise kontaktita raske välja selgitada: „Probleeme põhjustas enamasti kooli ja perega suhtlemise puudus, õpetajad ei näita üles initsiatiivi, ei võta lapsega ühendust ja ei paku abi” (R50). Rahulolematust väljendati ka lastekaitse ja kooli koostöö ning õpetajate passiivsuse üle laste toetamisel e-õppes toimetulekul. Vastates rõhutati, et osal vanematel puuduvad digitaalsed teadmised ja oskused, et toetada oma lapsi e-õppetöös. See põhjustas pingeid ja lastekaitsetöötajatelt oodati abi.

Teenuste peatumine või piiratud ligipääs

Lastekaitsetöötajad jagasid ka oma mõtteid koostööst eri spetsialistidega, sest lastekaitsetöö eeldabki spetsialistide ja teenuste koostoimet. Eriolukorra ajal peatasid mitmed spetsialistid (psühholoogid, psühhiaatrid, logopeedid) oma vastuvõtud või asendasid füüsilised kohtumised veebinõustamisega. Lastekaitsetöötajatele tundus, et praktikas teenused pigem peatusid: „Mind puudutas kõige valusamalt see, et lastepsühhiaatrid lõpetasid töö lastega, kes tegelikult vajasisid nõustamist, jälgimist. Lubatud oli, et nad jätkavad nõustamist telefoni teel või skype's või ... , aga siiski enamus lapsi, kellega tegelemine jäi pooleli, on kinnitanud, et nad ei saanud arsti või nõustajaga kontakti” (R54). Teenuste jätkumise kogemus oli vähestel peredel.

Võrgustikuliikmete püüd säästa lastekaitsetöötajaid

Mitmed vastajad märkisid, et eriolukorra ajal tuli teistelt spetsialistidelt vähem teateid abivajavate laste kohta. Üheks põhjuseks peeti liikumispäringuid ning kontaktide vähenemist laste ja peredega, aga ka võrgustikuliikmete töökoormuse suurenemist. Kuid toodi ka välja, et partnerid tajuvad lastekaitsetöötajate töökoormuse suurenemist ning seetõttu võisid nad jätta probleemid teatamata: „Rohkem on neid juhtumeid, kui võrgustikuliikmed jäta lastekaitsele abivajavatest lastest teavitamise tegemata, arvates, et lastekaitsele on niigi palju tegemist eriolukorraga seoses” (R6). Seetõttu tundsid lastekaitsetöötajad vajadust tõhusama koostöö järele sellistes kriisides, sh selget tööjaotust – spetsialistide tööülesanded peavad olema hästi läbi mõeldud ja kirja pandud.

Muutused lastekaitsetöös

Töö maht

Vastajate kogemused töö mahu osas erinesid. Oli neid, kelle hinnangul töömaht vähenes: „Enne pandeemiat oli töö pingelisem, peale pandeemiat on olukord rahulik” (R47). Mõnel juhul nimetati töö seiskumist füüsiliste kohtumiste lõppemise tõttu: „Pandeemia on tekitanud omamoodi seisaku, samal ajal võitlevad meie partnerid samuti pandeemiaga” (R31). „Minu arvates lastekaitse kannatab väga selle olukorra tõttu. Kodukülastusi teha ei tohi, vestlusi osakonnas samuti mitte ... Minu jaoks on töö nagu peatatud” (R13). Märgiti, et eriolukorra tõttu on lapsed kodused ning koolist ei tule teateid koolikohustuse mittetäitmise kohta, teisalt tegelevad võrgustikupartnerid samuti pandeemiast põhjustatud hädaolukordadega ning mitmed muud ülesanded on jäänud tagaplaanile. Osa lastekaitsetöötajad leidis, et töömaht ei muutunud. Suurem osa lastekaitsetöötajaid siiski märkis, et töömaht suurenes, nt lisandunud telefoni- ja konverentsikõnede tõttu.

Tööaeg venis mõnel hilisõhtusse, töötamine nädalavahetustele: „Pikad tööpäevad, mis on mitu nädalat kestnud pea poole ööni välja, sest lisaks telefoninõustamistele, kohtumistele on vajalik sisestada tegevused andmebaasi ja esitada igapäevaselt aruandlus tegevuse kohta” (R29). Mõned mainisid ööpäevaringset tööd.

Põhitegevus ja uued ülesanded

Eriolukord tähendas, et tuli tagada perede põhivajadused: selgitada välja vajadused, toimetada peredele toit koju, sh ka neile peredele, kes on nakatunud. Koolid ja lasteaiad olid suletud, mis tähendas ka laste toitlustamise lõppemist. Osa lastekaitsetöötajate jaoks oli see tavapärane tööülesanne, teiste jaoks uus: „... palju rohkem on tulnud

toiduabi jagada” (R59); „Kõige suurem väljakutse on olnud sooja toidu viimine kõigile lastele seitse päeva nädalas. See asendab koolilõunat. Oleme sihikule võtnud abivajavad lapsed, kelle mõlemad vanemad on tööl või majanduslikult kehvast olukorrast” (R17). Nimetati ka kriisiperede väljaselgitamist: „Välja oli vaja selgitada need lastega pered, kes on muutunud kriisiperedeks ja vajavad kiiret ja igapäevast abi” (R37); „Pandeemia ajal lisandus palju ärevaid abivajajaid, kes tavaolukorras suudavad iseseisvalt toimida.” (R29). Asjaolu, et enne pandeemiat toime tulnud pered muutusid pandeemia ajal abivajavateks, nimetati korduvalt.

Mitmed vastajad kirjeldasid uut ülesannet, mis kaasnes pandeemiaga, kuid mis ei ole siiski nende töö: tänaval patrullimine asendushooldusteenuselt ära jooksnud lapsi otsides. Üks lastekaitsetöötaja oli hämmingus: „Riigi tasandilt tuli ikka nn arutuid kirju lastekaitse aadressile. Näide: PPA – politsei arvab, et kohaliku omavalitsuse lastekaitse peab minema otsima ärajooksnud lapsi. Samal arvamusel on ka siseministeeriumi kantsler.” (R66).

Lastekaitsetöö sisu ja fookus

Peamiseks muutuseks nimetati töö korralduslikku poolt – vahetu klienditöö muutmist telefoninõustamiseks. Kuigi umbes pooled lastekaitsetöötajad seda ei kogenud, täheldasid teised vastajad töö fookuse muutmist – nende arvates olid kiireloomulised jooksvad ülesanded, sh olme probleemid ja toiduabi, muutunud tähtsamaks ning lastekaitsetöö ja laste heaolu jäi teisejärguliseks: „Fookus on läinud muudele asjadele. Mul on tunne, et lastekaitse ei põhine laste heaolul, vaid probleemide lahendamisel” (R10); „... laste heaolu kannatab tugevalt” (R13).

Töö keerukusest ja kõrgetest ootustest lastekaitsetöötajatele võis lugeda mitmest kogemusest: lastekaitsetöötaja peab suutma

kohe reageerida ja lahendada ootamatuid olukordi, ta peab saama hakkama kõikide probleemidega jne. Seetõttu tõstatas üks vastaja küsimuse, kus on lastekaitse piirid? (R16) Lastekaitsetöötajate hinnangul ei ole kohalikud omavalitsused valmis kriisiolukorras tõhusalt toime tulema.

Kokkuvõte

Tulemustest nähtub, et lastekaitsetöös on pandeemia ajal mitmeid asjaolusid, mis teevad töö tavapärasest keerulisemaks. Lastekaitsetöötajad on samuti eesliinitöötajad, kes vajavad toetust, et tagada abivajavate laste ja perede heaolu.

Tulemustele tuginedes on oluline, et lastekaitsetöötajatel oleks pandeemia ajal ligipääs eri suhtlusplatvormidele ja andmeid saaks dokumenteerida automaatselt. Lastekaitsetöötajad ei saa jääda ainsaks

toetussüsteemiks – pered vajavad kombineeritud meetmeid valdkondadeüleselt (sh haridus-, tervishoiu ja sotsiaalsektoris).

Kohalikel omavalitsustel peab olema kriisi ajal hädaolukordadele reageerimise süsteem, et tagada abi neile, kes vajavad seda kõige enam. Lastekaitsetöötajate töökoormus ei või aga liialt suureneda ning tegelema ei peaks ainult „tulekustutamisega”.

Tuleb mõelda, kuidas saada kvalifitseeritud lisatööjõudu ja arutada, kas sotsiaaltöö üliõpilased võiksid seda tühimikku täita? Tulemustest selgus, et kohati jäi e-õppega toimetuleku toetamine lastekaitsetöötajatele – koos koolidega tuleb teha plaan, mille kohaselt oleks kriisi ajal vastutavas rollis siiski haridussüsteem. Teenuseid (psühhiaater, psühholoog jne) peab saama ka kriisi ajal, vähemalt peavad neid saama lapsed ja pered, kellega töö on juba alanud. 

Viidatud allikad

- Clarke, V., Braun, V. (2013). Teaching thematic analysis: Overcoming challenges and developing strategies for effective learning. *The Psychologist*, 26(2), 120–123.
- Dalton, L., Rapa, E., Stein, A. (2020). Protecting the psychological health of children through effective communication about COVID-19. *The Lancet: Child & Adolescent Health*, 4(5), 346–347.
- Fegert, J.M., Schulze, U.M.E. (2020). Covid-19 and its impact on child and adolescent psychiatry – A German and personal perspective. *Irish Journal of Psychological Medicine*, <http://dx.doi.org/10.1017/ipm.2020.43>.
- Imran, N., Zeshan, M., Pervaiz, Z. (2020). Mental health considerations for children & adolescents in COVID-19 Pandemic. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 36, 1–6.
- Jiao, W.Y., Wang, L.N., Liu, J., Fang, S.F., Jiao, F.Y., Pettoello-Mantovani, M., Somekh, E. (2020). Behavioral and emotional disorders in children during the COVID-19 Epidemic. *The Journal of Pediatrics*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.03.013>.
- Sistovaris, M., Fallon, B., Miller, S., Birken, C., Denburg, A., Jenkins, J., Levine, J., Mishna, F., Sokolowski, M., Stewart, S. (2020). Child welfare and pandemics. Toronto, Ontario: Policy bench, Fraser Mustard Institute for Human Development, University of Toronto.
- The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action. (2019). Technical note: Protection of children during the coronavirus pandemic.
- Usher, K., Bhullar, N., Durkin, J., Gyamfi, N., Jackson, D. (2020). Family violence and COVID-19: Increased vulnerability and reduced options for support. *International Journal of Mental Health Nursing*, <http://dx.doi.org/10.1111/inm.12735>.
- WHO. (2020). Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019 (26.07.2020).



Anne Klettenberg, MA
sotsiaaltoetuskandespetsialist

Töövõimereformi võimalused ja kitsaskohad

KOKKUVÕTE:

Töövõimereform kutsuti ellu, et toetada vähenenud töövõimega inimeste täisväärtuslikku elu, aidates neil tööd leida ja seda hoida. Kevadel Tartu Ülikoolis kaitstud magistritöös uuriti võimalusi ja kitsaskohti selle saavutamisel inimeste kogemuste põhjal. Ühes omavalitsuses intervjueriti 16 tervisekao või vähenenud töövõimega inimest ja kahte tööandjat.

Uurimusest selgus, et töövõime hindamise taotlemine on inimeste jaoks keeruline. Inimeste hinnang oma tervisele ühtis enamasti töötukassa hinnangutega, kuid keskkonnategureid jmt asjaolusid polnud arvesse võetud piisavalt. Vaid neljandik uurimuses osalejatest käis tööl. Teenustest ja toetustest vähenenud töövõimega inimestele oldi küll teadlikud, kuid kasutati neid minimaalselt. Palju rohkem saadi tavalisi töötutele mõeldud teenuseid, aga ka riiklikke ja kohalikke hüvitisi ja toetusi.

Ulatuslikud terviseprobleemid, mitteaktiivsus ja madal kvalifikatsioon koosmõjus keskkondlike ja isikust tulenevate asjaoludega muudavad töövõimereformi sihtrühmaks olevate inimeste tagasitoomise tööturule ja neile sobiva töö leidmise keeruliseks. Nende toimetuleku parandamiseks on vaja isikupõhist lähenemist ja eri valdkondade spetsialistide võrgustikutööd, kuhu on kaasatud paikkondlikke olusid ja kogukonda tundev kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja.

MÄRKSONAD:

töövõimereform, töövõime hindamine, töövõimetoetus, tööalane rehabilitatsioon, valdkondadevaheline koostöö

Sotsiaalkaitstes loodi 2016. aastal innovaativne alus suhtumise muutmiseks: vähenenud töövõimega inimeste suutmatuse ja võime- tuse asemel hakati hindama suutlikkust ja võimekust.

Uuenes töövõime hindamine, toetuste määramine ja teenuste valik; süsteemi

haldamise võttis üle töötukassa. Omavahel loodeti viia kokku töötotsija ja tööandja. Ometi ei õnnestu alati soovitud tulemust saavutada, sest kõik abivajajad ei saa või ei soovigi ühis- konda lõimuda ja celistavad elatuda hüvitistest.

Töövõimereform pakkus mulle huvi juba Tartu Ülikooli õppima asudes, sest

tööturupoliitika on sotsiaalkaitse keskne osavaldkond. Üliõpilastöodes ei olnud varem uuritud reformi võimalusi ning kitsaskohti tervisekao ja vähenenud töövõimega inimeste kogemuste põhjal. Seetõttu väärib teema kriitilist analüüsi.

Magistritöö¹ teema valikut mõjutas minu teine kokkupuude inimestega, kes ei ole rahul töötukassas tehtud töövõime hindamise tulemusega. Rahulolematust on väljendanud ka kohalike omavalitsuste sotsiaaltöötajad ja tööandjad, kellega olen sel teemal vestelnud. Kui inimene jääb sotsiaaltöötaja vaateulatusest välja, jääb ta ilma ka vajalikust abist. Kaua tööturult eemal olnud inimeste tööle naasmist piirab nende napp või puuduv töökogemus.

Kokku pörkasid minu arusaamad sotsiaaltööst, reformi eesmärgid ja reaalsus. Soovisin uurida tervisekao ja vähenenud töövõimega inimeste tegelikke vajadusi ja kitsaskohti, mis mõjutavad nende rahulolu pakutava abi korraldusega. Lootsin leida ka uusi võimalusi eri instantside ja asjaosaliste koostööks uuritava teemal.

Uurimuse korraldus

Uurimistöös kasutasin kvalitatiivset meetodit: intervjueerisin oma koduvallas 16 inimest. Tegu oli kihtvalimisega: pöördusin palvega osaleda intervjuus tuttavate inimeste poole, kelle puhul eeldasin, et neil võib olla tervisekadu ja vähenenud töövõime või et nad on selliste probleemidega kokku puutunud. Poolstruktureeritud intervjuu sisaldas küsimusi üldinfo, intervjuueeritava sotsiaalse seisundi, töövõime hindamisest saadud kogemuse ja toimetuleku kohta. Soovi korral sai vastaja esitada oma loo vabas vormis ja teha ettepanekuid. Kaks

osalejat vastasid küsimustele kirjalikult, ülejäänutega kohtusin.

Et saada tagasisidet ettevõtete valmisoleku kohta pakkuda tööd uuringu sihtühma kuuluvatele inimestele, intervjueerisin ka kahte tööandjat.

Kogutud andmete analüüsimiseks koostasid rist- ja sagedustabelid, mille alusel analüüsisin statistiliselt erinevate vastuste jaotust.

Statistiliste andmete saamiseks esitasin töötukassa kodulehe kaudu taotluse ning mulle edastati ülevaade töövõimereformi rakendamisest sotsiaalkindlustusameti 2014.–2016. aasta ning töötukassa 2016.–2019. aasta andmete ja prognooside põhjal.

Koroonaviiruse COVID-19 leviku laienemise ja eriolukorrast põhjustatud piirangute tõttu tuli teha uuringu korralduses mitmeid muudatusi: intervjuud toimusid väljas, kasutades isikukaitsevahendeid ning täites kõiki ettekirjutusi. See kitsendas valimist ja raskendas soovitava tulemi saamist.

Uurimistulemusi ja nende põhjal tehtud järeldusi ei saa kindlasti laiendada kogu sihtrühmale, sest kuigi töövõimereformi rakendamisest on möödas neli aastat, jõuame alles järgmisel aastal olukorda, kus kõigi tervisekaoga inimeste töövõimet on hinnatud uue metoodika alusel.

Tulemused

Osalejate profiil

Uurimuses osalejate profiil ühildub suuresti töötukassa infoga vähenenud või puuduva töövõimega isikute kohta: uurimuses osales kümme meest ja kuus naist vanuses 39–63 eluaastat; viiel vastajal oli põhi-, kaheksal kesk- või keskeri- ja kolmel kõrgharidus; kõik kõrgharidusega vastajad töötasid. 10 vastajat olid eesti ja kuus muust rahvusest. 11 vastajat

¹ 2020. a kevadel Tartu Ülikooli ühiskonnateaduste instituudis kaitsstud magistritöö „Töövõimereformi võimalused ja kitsaskohad”, juhendaja Jüri Kõre.

elasid üksi ja viis suuremas leibkonnas. Tööga hõivatuid oli kokku neli, kellest üks jätkas ka õpinguid. Üks kasvas sügava puudega last, mis on tööga võrdsustatud tegevus. Ülejäänud 12 küsitletavat ei olnud tööga hõivatud ja valisid sotsiaalseks seisundiks „kodune”. Üks inimene nimetas, et teeb juhutöid.

Töötukassa oli hinnanud 14 vastaja töövõimet: kuuel inimesel osaliseks, seitsmel puudevaks ja ühel juhul täielikuks; kaks intervjuueeritut olid töövõimetuspensionärid, kes ei olnud veel uue korra järgi hindamisele jõudnud.

Seega kujunes uurimuses osalenute profiil, kes olid lasknud enese töövõimet hinnata, aritmeetilise keskmise järgi selliseks: 51aastane, tervisekaoga, keskhärdusega, üksi elav, tööga mittehõivatud, puuduva töövõimega eestlasest mees.

Kõik minu intervjuudes osalenud töötukassasse pöördunud inimesed taotlesid koos töövõime hindamisega ka töövõime-toetust, puude raskusastme tuvastamist ja puudetoetust.

Töövõime hindamisest saadud kogemused

Küsitletute seas oli inimesi, kes oma probleemi eripära tõttu ei saa ligi digitaalsele teabele või lihtsalt ei oska täita mahukat töövõime hindamise taotlust. Oli juhtumeid, kui korduvhindamise tähtaja möödalasumine avastati alles siis, kui toetusraha ei laekunud arvele. Uurimuses osalejatele oli taotlusvormi küsimustele vastamine liiga keeruline, neil puudus ka teadmine, kuidas toimida, kui nad ei ole otsusega nõus. Paikkondlikult võib olla suureks takistuseks keelebarjäär, nagu see oli ka vallas, kus uurimuse tegin.

Palju räägitud ühe-ukse-poliitika ei ole selle sihtrühma puhul teostunud. Enamasti kirjeldati visiiti pere- või töotervishoiuarsti juurde ajakuluka kadalipuna, millele

järgnesid suunamised analüüsi andma ja eriarstide pikad järjekorrad.

Perearsti ega pereõe ülesannete hulka ei kuulu töövõime hindamise taotleja abistamine 63-lehelise taotlusvormi täitmisel, seetõttu pöörduti oma võimaluste kohaselt pereliikmete, naabrite, tuttavate ja kohaliku sotsiaaltöötaja poole või mindi töötukassa juhtumikorraldaja juurde. Seoses puude taotlemisega tuli vahel käia ka sotsiaalkindlustusametis, näiteks kui puue oli määratud ja tekkis vajadus soodustusi andva abivahendikaardi järele.

Vastajate kogemuslugudest selgus, et andmevahetus eri ametkondade vahel on aeglane ja andmed ei pruugi olla kõigile asjaosalistele otsuste tegemise hetkel kättesaadavad. Seetõttu tehakse ka ennatlikke otsuseid. Nt hilineb meditsiiniliste andmete kajastamine epikriisina, mistõttu puudevad andmed inimese tervise seisundi ning sellest tulenevate tegutsemise ja osalemise piirangute kohta, prognoos nende dünaamikast ja eeldatavast kestusest. Alles pärast otsuse vaidlustamist arvestatakse neid andmeid tagasiulatuvalt.

Vastustest paistis, nagu oleks vastajad saanud töötukassast mõnikord ka ebamõistlikke soovitusi, näiteks soovitati minna eelpensionile; puuduva töövõime korral tööotsijana end arvelt maha võtta; hakata hooldajaks, mis on tööga võrdsustatud tegevus; pikaajalistele töötuna arvel olijatele soovitati pöörduda eriarsti ehk psühhiaatri poole. Neid lugusid kuulates tekkis vastuoluline ja nukker tunne, et kui selliseid soovitusi on tõesti antud, siis on seda tehtud ehk statistiliste näitajate parandamiseks, mitte inimeste probleemide lahendamiseks.

Töövõimet mõjutavad asjaolud

Küsitletute seas oli tervisekaotamine valdkond ülekaalukalt liikumine (12), järgnesid käeline tegevus (4), inimestega lävimine ja

suhted (4). Kuigi sisehaigused ei ole tervisekao valdkonnana eraldi välja toodud, viidati „muu” valdkonnale all kardioloogilistele probleemidele (3) ja pahaloomulisele kasvajale (2). Vahesel määral esines tervisekao peamise valdkonnana raskusi muutustega kohanemisel (2), õppimisel ja tegevuste elluviimisel (1) ning teadvusel püsimisel ja enesehooldusega (1). Suhtlemisvaldkonnas, mis kajastab nägemist, kuulmist ja kõnet, vastanutel probleeme ei olnud.

Osalenute hinnang oma tervisele ühtis enamasti töötukassa hinnangutega, kuid esines ka asjaolusid, mida polnud piisavalt arvesse võetud. Üldiselt võib öelda, et töövõime hindamise metoodika võimaldab koguda rikkalikult andmeid inimese funktsioneerimise ja tegevusvõime kohta seitsmes valdkonnas, kuid küsimused on suuresti suunatud enesehooldusele, liikumisele ja igapäevatoimingutele. Arvestamata võivad jääda sisehaigustest põhjustatud raskused, nagu ka info inimest ümbritseva sotsiaalse võrgustiku ja keskkonnategurite kohta. Üks osaleja, raske müokardi hüpertroofia diagnoosiga naine, kirjeldas oma kogemust järgmiselt.

Naine, 45: „/.../ Olin aastaid töövõimetuspensionär, aga paralleelselt töötasin. /.../ Töötukassast aga sain negatiivse vastuse, kuna mu tervisehäired ei leidnud kinnitust tervise infosüsteemi andmetel. Esitasin vaide. Põhistasin kõiki asjaolusid. Ikka negatiivne lahend. Mulle tundus see diskrimineerimisena. Sellest ajast ostan sama ravitoimega, aga kõige odavamaid ravimeid, kahel korral on kiirabi EMOsse mind viinud. Kuna teenin tõise sissetulekuna piisavalt, siis tõenäoliselt rahalist toetust ma nagunii ei saaks.”

Teise vastaja loost on näha keskkonnategurite tähtsus, kui vähenenud töövõimega inimene elab maal ja töö käimist takistab puudulik transpordiühendus.

Naine, 63: „Seoses liikumispuudega ja ka halvenenud tervisliku seisundi tõttu ei saa teha füüsilist tööd ning pidin vahetama töökohta. Uus töökoht asub 10 km kaugusel, varasemalt lausa 70 km kaugusel. Käsitlen autot kui abivahendit, kuigi teiste arvates on see luksus ja ei peaks töövõimetoetust taotlema. Lähim bussipeatus on 2 km kaugusel ja sealt käib buss kaks korda päevas. Järgmise bussipeatuseni on 7 km.”

Osalejatele oli jäänud mulje, et kuigi nad olid oma taotluses põhjalikult kirjeldanud enda toimetulekut mõjutavaid asjaolusid, siis töövõime hindamise metoodika kohaselt tehakse otsus ikkagi ainult meditsiiniliste andmete põhjal, mitte ei vaadeldaks neid koos inimese lisatud infoga. See aga ei anna terviklikku vaadet toimetulekule: nii nagu haigus(t)e kulg, on ka tervisekadu ja sellega kohanemine individuaalne ja võib samade haiguste (diagnooside) puhul olla ajas muutuv. Erinevalt hindavad inimesed ka enda toimetulekut igapäevaeluga.

Töötukassa teenuste ja toetuste kasutamine

Töötukassal on ulatuslik teenuste ja toetuste valik tervise- ja töökaoga ehk vähenenud töövõimega inimestele, aga vastanutelt saadud info oli hämmastav: nad olid küll nendest võimalustest teadlikud, kuid kasutasid neid minimaalselt. Kaheksast sellele sihtrühmale mõeldud teenusest kasutati vaid kolme: töötamise jätkamise toetamist, töölesõidu toetust ja kogemusnõustamist, igapäevase ühel korral. Kuna küsitletuist töötas vaid veerand, siis arusaadavalt ei olnud enamik uurimuses osalejaid saanud kasu ka töödandjale mõeldud teenustest.

Märkimisväärselt rohkem tunti ja kasutati töötutele pakutavaid tavateenuseid: mitmesuguseid kursusi (12), karjäärinõustamist (6), tööklubi (5) ja proovitööd (5).

Naine, 45: „Eesti keele kursuseid olin alati soovunud, lõpuks sain, veebruaris lõppesid, aga ei saa minna kuhugi tööle.”

Mees, 59: „Kunagi sain D-kategooria load töötukassast, sain tookord tööle ka, aga siis sattusin pikalt haiglasse ja olin haiguslehel ning kaotasin töö. Sissetulek kukkus.”

Toimetulek, toetused ja hüvitised

Kuigi küsitletud olid enamasti mittetöötavad inimesed, kelle toetamiseks rakendab riik märkimisväärseid ressursse, näitas uurimus, et inimesed eelistasid pigem passiivseid meetmeid, kasutades tööturule jõudmist toetavate teenuste asemel hoopis mitmesuguseid riiklikke ja kohalikke hüvitisi ning soodustusi. Mainiti, et töövõimetoetusele (13) lisaks saadi toimetulekutoetust (11), ühekordseid toetusi (11), puudega tööealise inimese toetust (10) ning teenusena eluruumi tagamise (4) jt toetusi. Sageli tunnistati ka, et saadakse regulaarselt Euroopa Liidu toiduabi.

Hõlpsalt saadavad ja helled toetused ning hüvitised minetavad valmisoleku töötamiseks, pigem on need pinnaseks tervist kahjustavale käitumisele ja ebamõistlikele kulutustele.

Inimesed kasutasid tööturule jõudmist toetavate teenuste asemel hoopis mitmesuguseid riiklikke ja kohalikke hüvitisi ning soodustusi.

Kaks küsitletut tunnistas alkoholi liigtarvitamist: 63aastane naine nimetas seda töö kaotamise peamise põhjusena, sest: „rahutuks muutudes hakkas sõpradega lõõgastuma ja ei jõua tööle” ning 50aastane mees avaldas, et ta koguks ladusalt küttepuude raha kokku, kuid: „kõrist läheb alla palju.”

Samas kirjeldati olukordi, kus tuli leppida väga kasina sissetuleku ja viletsate elutingimustega.

Mees, 52: „Puue võeti ära, keskmine määrati, sellega raha ei saa. Saan 83 eurot sentidega töövõimetust. Väga vähe. Aasta on veel. Uut hindamist ei taha teha ... need arstid ja sõidud ... ei taha.”

Mees, 58: „Pean kanu, mune on. Aed on, midagi kasvatan. Tulen toime.”

Mees, 50: „14 korda olen kokku kukkunud. Kaheksandal korral sattusin kiirabiga haiglasse, siis olin nädal ka taastusravil. Talvel ei julge õue minna, kardan kukkuda ja, et keegi ei leia, külmun surnuks. Ükskord sõber suvisel ajal leidis mind maast. Küttepuudega on suurim mure. Raha on vähe, suitsetan ja kass ja koer on, neile läheb ka raha.”

Töötavad tervisekaoga inimesed, kes said töövõimetoetust, nimetasid eranditult selle puudusena kinnipidamisi brutosissetulekust näiteks preemia saamisel või ületunnitöö tegemisel, samuti seda, et puhkusehüvitistega tehtavad väljamaksed toovad kaasa töendamiskohustuse ja lisanduva ajakulu asjaajamisel. Üks vastaja pidas probleemiks ka tööandja teavitamist enda tervisekaost, mida tuli teha, et tööandja saaks taotleda sotsiaalmaksu hüvitamist. Õiguskantsleri seisukoht aga on, et töövõimetoetuse näol on tegu asendussissetuleku ehk ühe meetmega töövõimekaoga inimesele, seetõttu on töövõimetoetuse suuruse vähendamine kooskõlas põhiseadusega (Madise 2019).

Tööle asumise võimalikkus

Mitu vastajat jätkas vaatamata tervisekaole ja mitmesugustele raskustele töötamist või kirjeldas, kuidas ta oli seda teinud niikaua, kui tervis vähegi lubas.

Naine, 63: „Olin hooldustöötaja, raske oli. Minu tööga oldi väga rahul, aga ma ei

suutnud tööl käia. Nüüd on rahadega raske. Talvel jään vanaduspensionile, õnneks.”

Tervisekaoga inimesed jõuavad tööle peamiselt töötukassa tõukel. Siiski pidas mitu vastajat tööle asumist võimatuks. Töötukassa kehtestatud aktiivsuspõhises nähti pigem kiusu, mitte stimuleerivat tingimust ning tööd käsitleti liigse, endale üle jõu käiva pingutusena. Sellises olukorras pikka aega tööturult eemal ja ühiskonnaelus mitteosalenud inimeste mugavustsoonist välja toomine ehk tegelik tööalane rehabilitatsioon on eriti raske ja aeganõudev. Kuigi kolmest intervjuust käis läbi, et vanaduspensioniiikka jõudes sissetulek väikese tööstaaži tõttu edaspidi väheneb, ei mõjutanud see vastajate valmisolekut tööle asuda.

Tööandjad, keda uurimuse tarbeks intervjuerisin, tõid peamiste probleemidena välja, et sihtrühmas on vähe ettevõttele vajalike oskuste ja kvalifikatsiooniga inimesi, töövõimekadu ei võimalda vajaliku intensiivsusega töötamist, sage haigestumine ja abivajadus raskendab töökorraldust.

Tööandja 1: „Kindlasti tuleb arvestada sellega, et vähenenud töövõimega isik on tihti töölt eemal. Ta vajab rohkem ressursi, toetamist, suunamist. Tuleb pidevalt olla valvel, et isik võib töölt puududa ning kiirelt tuleb leida talle asendus.”

Tööandja 1: „Lõpuks koristajana tööle võetu eest tugiisik pesi ise põrandad.”

Tööandja 2: „On suur vahe, kas samaaegselt on kõõgis 1 inimene, koorides 20 kg kartuleid või 2 inimest, kes koos koorivad 2 kg. Töötajate suhtes peab olema võrdne kohtlemine, see on keeruline, kui mitte võimatu protsess.”

Kokkuvõte

Ulatuslikud terviseprobleemid, mitteaktiivsus, töötus, madal haridustase ja kvalifikatsioon koosmõjus keskkondlike ja isikust tulenevate asjaoludega muudavad

töövõimereformi sihtrühma kuuluvate inimeste tagasitoomise tööturule ja neile sobiva töö leidmise keeruliseks.

Paljudele tööealistele tervisekaoga inimestele on eemalolek tööturult saanud elustiiliks ning nad ei püüagi oma olukorda muuta. Nende toimetulekut ei saa parandada ainuüksi omavahel seostamata episoodiliste teenuste ega toetustega, nt enim kasutatavate palga- ja töölesõidutoetustega. Eri valdkondade koostöös tuleks rakendada kompleksmeetmeid, mis toetaksid inimeste tööle saamist ja jäämist.

Eri valdkondade koostöös tuleks rakendada kompleksmeetmeid, mis toetaksid inimeste tööle saamist ja jäämist.

Tuleks lahendada probleem, kus töövõime hindamise läbi teinud inimesed pidasid protsessi liiga keerukaks, sest pidid kulutama palju aega ja energiat igasuguste spetsialistide külastamisele ning sellele vaatamata ei kajastanud hindamise põhjal tehtud otsus alati inimeste tegelikku olukorda ja nad pidid otsuse kas vaidlustama või siis hoopis loobusid abi otsimisest.

Kaks ettepanekut peamiste probleemide lahendamiseks:

- Kõigi takistuste kõrvaldamise kohustust inimeste tööle asumisel ei saa panna ainult töötukassale. Töövõimet ja tervisekadu mõjutavate keskkonnategurite väljaselgitamiseks on vaja isikupõhisemat lähenemist. Üks võimalus oleks muuta kodukülastus töövõime hindamise üheks komponendiks. Kodukülastuse teeks paikkondlikke olusid ja kogukonda tundev kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja, kes on töötukassa võrdväärne koostööpartner.

Töövõimereformi taust

Miks? Töövõimereform kutsuti ellu, sest töövõimetute inimeste osatähtsuse suurenemine ühiskonnas oli muutunud aina kasvavaks probleemiks. See vähendas riigi tulusid, inimesed väljusid tööturult osaliselt või täielikult, samal ajal suurenesid kulud töövõimetushüvitistele ja -pensionidele. Järjest enam inimesi kvalifitseerus püsivale töövõimetusele, samal ajal oli sellest väljumine pea olematu. Eesti peamiseks probleemiks oli aga saamas tööjõu puudus. Tööealiste inimeste arvu vähenemise ja vananeva rahvastiku tingimustes peaks iga inimene olema tööturul vajalik ja nõutud. Oluline on tööhõive puhul ka eneseteostus ja sotsiaalne kaasatus.

Kuidas? Kui varem määrati püsiv töövõimetus diagnoosi järgi (iga diagnoos andis kindla töövõimekao protsendi), siis uus töövõime hindamine põhineb asjakohasel hindamismetoodikal. Inimesel on rohkem õigusi abi ja toetuse saamiseks, kuid osalise töövõime korral tuleb täita aktiivsuse nõudeid. Töötukassa pakub vähenenud töövõimega inimestele kaheksat tööturuteenust ja nende tööandjale nelja teenust (Eesti Töötukassa 2020).

Töövõime hindamine koosneb viiest sammust:

- 1) arstivisiit
- 2) töövõime hindamise taotluse esitamine
- 3) eksperdiarvamuse koostamine
- 4) töövõime hindamise ulatuse üle otsustamine
- 5) töövõimetoetuse maksmine.

Töövõime hindamise metoodika töötas välja 2013. aastal Eesti Töötervishoiuarstide Selts, seda täiendati, arvestades 2014.–2015. a katsetulemusi ja sihtrühmade ettepanekuid. Metoodika põhineb rahvusvahelisel funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioonil (RFK), mida on Maailma Terviseorganisatsioon arendanud 2001. aastast. Metoodika võtab arvesse iga inimese omapära, sest sama puue või haigus võib väljenduda igal inimestel erinevalt. (Maas ja Aasa 2016, 14).

Kellele? Sihtrühmaks olid eeldatavalt 40–80%lise töövõimetusega inimesed. Sotsiaalministeeriumi andmetel oli Eestis 2014. aasta juunis 95 000 töövõimetuspensionäri, kellest hinnanguliselt töötas vaid kolmandik. Reformi eesmärk oli, et 2020. aastal töötaks mitte-töötavatest osalise töövõimega inimestest 10–15%. (Riigikogu sotsiaalkomisjon 2014). Peamine eesmärk oli viia omavahel kokku vähenenud töövõimega inimene ja tööandja.

31. detsembri 2019. a seisuga oli töötukassa tuvastanud töövõime vähenemise 89 064 inimesel, neist 64% oli osaline töövõime ja 36% töövõime puudus.

Töövõimetoetus on reguleeritud Töövõimetoetuse seadusega (RT I, 13.12.2014, 1). Töövõimetoetus on kaheastmeline: 2020. aastal on puuduva töövõime korral päevamäär 14,89 eurot kuus, keskmiselt 446,7 eurot kuus ja osalise töövõime korral 57% päevamäärast ehk 8,4873 eurot, keskmiselt 254,62 eurot kuus.

Edaspidi saaks sotsiaaltöötaja aidata kaasa hindamise põhjal määratud teenuste jm abimeetmete rakendumisele, jälgides, et need jõuaksid inimeseni.

- Tuleks tunnustada töötavat tervisekaoga inimest, muutes töövõimetoetuse kas universaaltoetuseks, korrigeerides seda mõistlike kohandustega ja/või tunnistasdes kehtetuks töövõimetoetuse seaduse § 13 lõiked, mille kohaselt vähendatakse osalise või puuduva töövõimega isiku sissetulekut töövõimetoetuse maksmise kuule eelnenud kalendrikuu eest.

Tööandjatega tehtud intervjuude põhjal tuleb tõdeda, et tööturg ei ole veel valmis vastu võtma inimesi, kes ei suuda tavatingimustes töötada ning vajavad kohandusi ja erisusi. Nii võib juhtuda, et reformi eesmäärke ei õnnestu saavutada, sest töövõimekaoga inimestele ei olegi pakkuda sobivat tööd (Leetmaa 2014).

Loodan, et minu uurimus annab mõtteainet valdkonna arendamiseks ehk, nagu kirjutab Mikko Lagerspetz (2017, 191): „Iga uurimistöö leiab endale koha ahelas, mille see moodustab koos paljude teistega”. 

Viidatud allikad

- Eesti Töötukassa** (2020). Teenused vähenenud töövõimega inimese tööandjale. www.tootukassa.ee/content/toovoiuureform/teenused-vahenenud-toovoiuuega-inimese-tooandjale (20.07.2020).
- Eesti Töötukassa** (2020). Teenused vähenenud töövõimega inimestele. www.tootukassa.ee/content/toovoiuureform/teenused-vahenenud-toovoiuuega-inimestele (20.07.2020).
- Lagerspetz, M.** (2017). Ühiskonna uurimise meetodid. Tallinna Ülikooli Kirjastus.
- Leetmaa, R.** (2014). Töövõimereformi vastuseta küsimused. www.err.ee/511916/reelika-leetmaa-toovoiuureformi-vastuseta-kusimused. Err.ee (10.04.2020).
- Maas, H., Aasa, M.** (2016). Töövõimereform: töövõime hindamine uutmoodi. *Sotsiaaltöö* 1, 14–16.
- Riigikogu sotsiaalkomisjon** (2014). Sotsiaalkomisjon arutas töövõimereformi kava. Pressiteade, 09.06.2014. www.riigikogu.ee/pressiteated/sotsiaalkomisjon-arutas-toovoiuureformi-kava. (28.01.2020).
- Riigikogu** (2014). Töövõimetoetuse seadus 678 SE. www.riigikogu.ee/tegevus/eelnoud/eelnou/af07a9ca-c54e-4f05-a82b-841339be10cf (11.05.2020).
- Õiguskantsler.** Töövõimetoetuse vähendamine sissetuleku kasvades. www.oiguskantsler.ee/sites/default/files/field_document2/T%C3%B6%C3%B6v%C3%B5imetoetuse%20v%C3%A4hendamine%20sissetuleku%20kasvades.pdf (28.04.2020).

KOMMENTAAR

Sabina Trankmann

tööhõive osakonna nõunik, sotsiaalministeerium

Tunnustan autori teemavalikut: töövõimereform kui suur poliitiline, praktiline ning ühiskondlik muudatus on tööpoolest suurepärase põnevate uurimisküsimuste allikas ning pakub loodetavasti head materjali teadustöödeks edaspidigi.

Tööhõive kõrge taseme saavutamine, mis kuulub Euroopa Liidu ja Eesti strateegiliste põhieesmärkide hulka, toimub tööhõive valdkonnas mh riskirühmade tööturule lõimimise ja oskuste arendamise kaudu. Vähenenud töövõimega inimesed on riskirühm, kelle kaasatus

tööellu on keskmisega võrreldes oluliselt madalam. Samal ajal on tööandjatel vananeva ja väheneva rahvastiku tõttu üha keerulisem leida sobivat tööjõudu. Selleks, et leevendada tööjõupuudust, on oluline tuua tööturule inimesed, kes on puude või terviseprobleemide tõttu sealt eemale jäänud (on vähenenud töövõimega), kuid tahaksid ja on võimelised töötama, kui luua neile sobivad töötingimused või toetada nende tööturul osalemist vajalike tööturuteenustega.

Kui 2013. aastal oli Eesti keskmine tööjõus osalemise määr 20–64aastaste vanuserühmas 79,9%, siis vähemalt 40%-se püsiva töövõimekaoga isikute seas oli see näitaja 50,9%. Aastatel 2003–2013 kahekordistus püsiva töövõimekaoga inimeste arv, jõudes 2013. aasta alguseks 16–62aastaste seas üle 98 000 inimeseni (üle 11% samaealisest elanikkonnast). Aastaks 2013 oli vähemalt 40%-se püsiva töövõimekaoga 20–64aastaste isikute hulgas töötuse määr peaaegu kaks korda üldisest keskmisest kõrgem (2013. aasta 20–64aastaste keskmine oli 8,6%, samaealistel töövõimetuspensionäridel 15,6%).

Võimalikule püsiva töövõimetuse hüvitiskeemi mittesihipärasele kasutamisele (töövõimetuspension kui sotsiaaltoetus, eelpension või ravikindlustuskaitse tagaja) viitab töövõimetuspensioni kindlustava minimaalse töövõime kaotuse määraga isikute suur juurdevool majanduskriisi oludes. Kui kõigi töövõimetuspensionäride arv oli aastatel 2001–2011 kasvanud 90,3%, siis 40% töövõimetuse määraga isikute arv suurenes 6,2 korda, suurim kasv on olnud just aastatel 2009–2010.

Vähenenud töövõimega inimesed on praegu tööandjate jaoks alakasutatud tööjõuressurs, seda peamiselt osalise töövõimega inimeste näol. 15–64aastastest inimestest on ametlikult tuvastatud vähenenud töövõime umbes 12%-l (ca 100 000 inimest) ja neist ligikaudu 2/3 on osalise töövõimega (Eesti Töötukassa 2020).

Mul on hea meel selle üle, et tööturg muutub üha paindlikumaks ning paraneb ka tööandjate teadlikkus, kuidas oma töötajate eripärasid arvesse võtta ning millised on nende toetamise võimalused. Ligikaudu 60% osalise töövõimega inimestest ja ligikaudu 25% puuduva töövõimega inimestest töötab ning üha rohkem lähtuvad tööandjad värbamisel inimese oskustest ja kogemusest, mitte tema tervisega seotud piirangutest.

Nõustun artikli autoriga selles, et kõigi inimese tööleasumisega seotud takistuste kõrvaldamisel ei saa loota vaid töötukassale. Inimese igapäeva- ja tööelu põimuvad omavahel ning probleemid on tihti mitmetahulised. Nende lahendamine eeldab töötukassa juhtumikorraldajate ning kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajate võrgustikutööd, mille käigus saab kõrvaldada takistused inimese igapäevaelus ning seejärel abistada teda sobiva töökoha leidmisel ning töötamisel. Töötamine on vaid üks osa inimese elust, seega näen just sotsiaaltöötajal kandvat rolli oma piirkonna abivajajate igakülgset toetamisel ning teavitamisel.

Soovin täpsustada üht artiklis välja toodud probleemi – viidatakse sellele, et töövõime hindamise taotlejad jäävad hätta taotluse täitmisel. Abi saamiseks on kõige mõistlikum pöörduda töötukassa juhtumikorraldaja poole, kelle tööülesannete hulka see kuulub. Julgustan inimesi seda võimalust kasutama.

Sotsiaalministeerium plaanib 2021. aastaks põhjalikku töövõimereformi mõjude ja tulemuste analüüsi.

Mare Ainsaar, Indrek Soidla, Epp Sepp, Siiri Kõljalg, Jelena Štšepetova, Tiiu Rööp, Imbi Smidt, Marika Mikelsaar, Reet Mändar

Kelle poole pöördub abi saamiseks Eesti 100-aastane?

KOKKUVÕTE:

Artiklis analüüsitakse 100-aastaste ja sellele vanusele lähenevate Eesti ülieakate abivajadust ja tugivõrgustikku. 1921. aastal ja varem sündinud inimeste uuring korraldati Tartu Ülikoolis 2018. aastal. Selleks kasutati kvalitatiivset intervjuud, mida kombineeriti struktureeritud intervjuu küsimustega.

Uurimistulemuste analüüsist selgus, et ootuspäraselt on Eesti ülieakate suurimad probleemid seotud tervisega. Teistes elu aspektides olid ülieakad küllaltki optimistlikud ja leplikud: nad ei kurtunud majandusliku kitsikuse üle ning pooltel intervjuueeritavatest ei puudunud ka tegutsemistahe. Kõigil oli tugivõrgustik ja üsna palju sotsiaalseid kontakte. Tulemused näitasid, et abivajaduse suurenemise korral, eriti igapäevategevustes, elasid seeniorid kellegagi koos. Abi vajamine ei sõltunud ülieaka vanusest, küll aga tema tervisest. Ootuspäraselt oli abivajadus üksi elavatel inimestel väiksem, sest nad said ise rohkemate asjadega hakkama. Kõige enam kasutati pereliikmete abi, eriti oluline oli abi lastelt, kuigi ka ülieakate lapsed on juba küllaltki eakad. Abi allikad erinesid mõnevõrra abivajaduse tüübilt ja ka sõltuvalt sellest, kas tegu on üksi või koos teistega elava seenioriga.

MÄRKSONAD:

ülieakad, abi vajadus, abistajad, usaldus

Sissejuhatus

Tervishoiu arengu ning paremate keskkonnatingimuste tõttu ei ole 100. sünnipäev tulevikus enam üllatav, vaid küllaltki ootuspärane sündmus (Vaupel jt 1998). Prognooside kohaselt elab Eestis 2050. aastal 100aastaseid inimesi ligi 840 (Statistikaamet 2019). 2019. aasta alguses elas Eestis 100aastaseid või vanemaid inimesi 133 (Statistikaamet 2019), seega on oodata ülieakate arvu kiiret kasvu. Samal ajal põhjustab kõrge vanus uusi probleeme nii seenioridele endile kui ka kogukonnale. Sellepärast on vaja uurida ülipikaealiste inimeste toimetuleku eripära, mis võib erineda nooremate eakate

toimetulekust: mis tegevustes nad abi vajavad, kui palju ja kellega suhtlevad; kui palju ja missugustes igapäevatoimingus kasutavad teiste abi ja millega tulevad ise toime.

Artiklis anname ülevaate ka tugivõrgustikust, kelle poole ülieakad pöörduvad abi saamiseks igapäevaeluga toime tulekul, tervisemurede korral ja muudes küsimustes. Varasemad uuringud teistest riikidest näitavad, et sotsiaalsetel võrgustikel on oluline mõju eakate inimeste heaolule. Sotsiaalne eraldatus, üksindus ning sotsiaalsete kontaktide vähenemine on üks vanemaealiste inimeste olulistest probleemidest (Ng jt 2017, Luhmann ja Hawkey 2016, Sisask

ja Roosipuu 2019), mis mõjutab ka eluga rahulolu (Ainsaar 2011). Samal ajal sõltuvad sotsiaalsed kontaktid, seda eriti väljaspool perekonda, inimeste vaimsest ja keelevõimekusest (Keller-Cohen jt 2006), mis vananedes paratamatult väheneb.

Varasemalt on Eestis analüüsitud eakate elu eri tahke (Saks 2017, Ainsaar ja Maripuu 2009), kuid ei ole olnud võimalust koguda põhjalikumaid andmeid 100aastaste ja sellele vanusele lähenevate inimeste kohta. 75aastaste ja vanemate inimeste seas tehtud varasemad uuringud näitavad teisteski riikides ootuspäraselt tervise tähtsust selles vanuses. Näiteks väheneb vananedes eluga rahulolu, kuid selles vanuses on just tervisel selles oluline roll (Gwozdz ja Sousa-Poza 2009).

Meie uurimisrühmal oli võimalus uurida 100-aastaste ja sajandale eluaastale lähenevate inimeste elu teadusprojekti „100aastased bakterid eestlaste terviseks” raames. Kasutame 100-aastaste ja sajandale eluaastale lähenevate inimeste nimetamisel mõistet ülieakas. Uuringu käigus hinnati inimeste tervislikku seisundit, koguti andmeid nende sotsiaalse ja elukeskkonna kohta.

Sotsiaalsetel võrgustikel on oluline mõju eakate inimeste heaolule.

Artikli eesmärk on analüüsida ülieakate tajutud abivajadust ja erisuguseid tugivõrgustikke, mida nad kasutavad, ning tuua välja võimalikud probleemid. Selline teave aitab sotsiaaltöötajatel näha selle earühma mitmekesisust ning mõista selle toetusvajadust. Tugivõrgustik võib sõltuda sellest, kas elatakse kellelagi koos või üksi, seetõttu analüüsime neid kahte ülieakate rühma eraldi.

Täpsem teave ülieakate toimetulekust ja abi saamise viisidest on oluline nii

sotsiaaltöötajatele kui ka eakaid hooldavatele pereliikmetele. Teadaolevalt on tegu esimese nii vanu inimesi uuriva teadusprojektiga Eestis. Artiklis kirjeldatakse lühidalt uuringu metoodikat, antakse ülevaade ülieakate hinnangutest oma toimetulekule, sotsiaalsete kontaktide tasemest ning analüüsitakse abi allikaid kolmes abivajaduse olukorras: tervisega seotud probleemid, igapäevane toimetulek ja muud mured.

Metoodika

100-aastaste inimeste uuring tehti Tartu Ülikooli eri allüksuste (ühiskonnateaduste instituut, bio- ja siirdemeditiini instituut, traumatoloogia ja ortopeedia kliinik) koostööna. Uuringu korraldamisel võeti arvesse kõiki eetilise uuringu asjaolusid ja asjaomane luba selleks saadi Tartu Ülikooli inimuuringu eetika komisjonilt. Uuringut rahastasid haridus- ja teadusministeerium, Eesti Teadusagentuur ja Sihtasutus Kodanikuühiskonna Sihtkapital. Andmeid koguti 2018. aasta jaanuarist 2019. aasta jaanuarini.

Valim

Uuringu valimisse kuulusid 1921. aastal ja varem sündinud Eesti elanikud. Valim ei olnud juhuslik, sest intervjuu tegemine sõltus eakate inimeste vaimsest tervisest. Uuringus osalemise eeltingimuseks oli eaka suutlikkus uurijatega suhelda. Seega olid uuringus osalejad mõnevõrra parema vaimse tervisega kui selles eas rahvastik keskmiselt. Sihtrühma kohta saadi andmed rahvastikuregistrist ja ühendust võeti nende koduaadressil. Mitu sihtrühma kuuluvat uuritavat või nende sugulased võtsid ise ühendust uurimisrühmaga pärast uuringu tutvustamist meedias. Kutse uuringus osaleda sai 38 sobivat inimest, uuringus osales neist 27 (vastamise määr 71%). Uuringus osalenud moodustasid vastavalt umbes kümme protsenti vähemalt

100aastaste vanusrühmast ja kolm protsenti 96aastaste ja vanemate inimeste rühmast Eestis. Osales 8 meest ja 19 naist; naised olid mõnevõrra vanemad kui mehed, mis on selles vanuses ootuspärane (Tabel 1).

Tabel 1. 100aastaste uuringus osalenud inimesed soo ja vanuse järgi

Vanus	Mees	Naine	Kokku
96	4	2	6
97	1	2	3
98	1	3	4
99	1	4	5
100	1	5	6
103	0	1	1
105	0	2	2
Kokku	8	19	27

Abivajaduse küsimuste analüüsimisel käsitleme Eesti eakate rühma kahes osas: üksi elavad eakad (15 inimest) ja kellegagi koos (abikaasa, lastega, muude sugulastega või vanadekodus) elavad eakad (12 inimest). Koos elavatest eakatest neli elas koos abikaasaga, neli koos oma lastega ja neli hooldekodus. Mõnel üksi elaval eakal elasid sugulased küllaltki lähedal. Üksi elavatest inimestest neli ei käinud enam väljas ja teistega koos elavatest inimestest ei käinud enam väljas kaheksa.

Kvantitatiivses osas kasutame mõne tunnuse puhul võimalust võrrelda Eesti ülieakate elu ka Euroopa sotsiaaluuringus 2002–2016 osalenud ülieakate rühmaga (98 inimest) Euroopas. Euroopa sotsiaaluuring on üle tunni kestev kvantitatiivne silmast silma intervjuu, mis sisaldab ka keerulisi ühiskonnaelu puudutavaid küsimusi ning on seetõttu vaimselt küllaltki pingutav. Kõik inimesed ei tule sellega toime. Seetõttu

arvame, et kahte andmestikku võib omavahel võrrelda ning need esindavad parema vaimse toimetulekuga ülieakaid.

Uurimismeetod

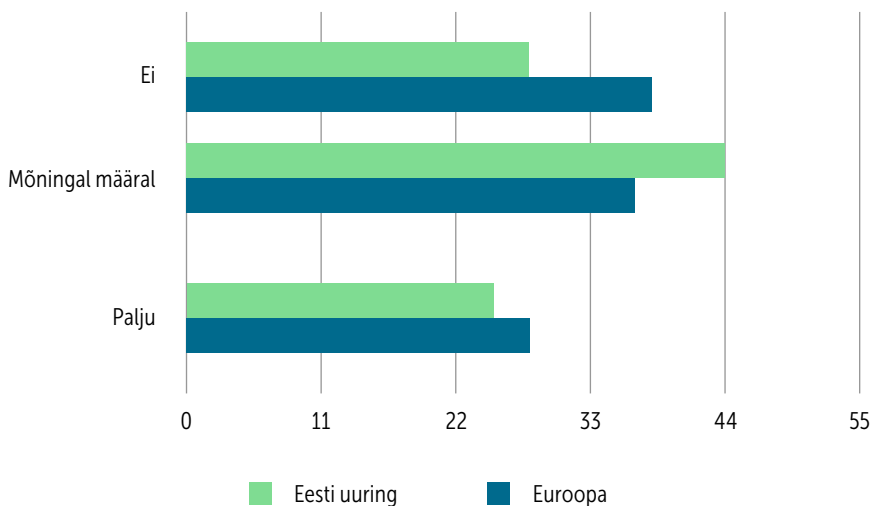
Uuringu tarvis külastati inimesi nende kodudes vähemalt kaks korda. Uuritavatega tehti intervjuu, kus oli nii avatud küsimusi kui ka kindlat vastust nõudvaid küsimusi. Enne uuringus osalemist andsid uuritavad teadliku nõusoleku. Mõned küsimustest on laenatud uuringusse Euroopa sotsiaaluuringust ja see võimaldab meie uuringu andmeid võrrelda rahvastiku suhtes esindusliku Euroopa sotsiaaluuringu andmetega.

Ülieakate intervjuueerimise eripära on selles, et paljudel juhtudel oli vaja neile küsimusi täpsemalt lahti seletada ning kohandada küsimuste sõnastust, et küsimus oleks arusaadav. Kohati märgiti täpne väärtus kvantitatiivsel skaalal pärast pikemat arutelu. Kogu vestlus salvestati intervjuueeritava loal ja neid intervjuusid kasutame ka analüüsis.

Abi vajamist mõõdeti küsimustega „Millisteks igapäevategevusteks (söömine, toidu valmistamine, toidu koju toomine, enda pesemine, koristamine, televiisori vaatamine, WC käimine) vajate praegu abi? Kas ei vaja üldse abi, vajate mõningal määral, või vajate alati abi?“ Analüüsis kasutame nendest tunnustest moodustatud summaindeksit.

Kvalitatiivne osa koondab lahtistest küsimustest ja intervjuudest saadud tulemusi. Need küsimused katsid järgmisi teemasid: suhtlemine ja sellega seotud asjaolud, abi vajadus ja abi saamine.

Väikese uuritavate arvu tõttu ei pidanud me kvantitatiivuuringus otstarbekaks kasutada keerulisi andmeanalüüsi meetodeid, vaid piirdusime lihtsate statistiliste võrdlustega, millele lisasime katkeid intervjuudest, et mõista täpsemalt ülieakate mõttemustrit ning abi saamise eripära.



Joonis 1. Ülieakate jaotumine tegevuspiirangute järgi Eestis ja Euroopas, % (Küsimus „Kui palju on igapäevategevused mingil moel piiratud pikaajalise haiguse, invalidsuse, psüühilise häire tõttu” (Euroopa Sotsiaaluuringu riigid kokku N= 98) ja Eestis (N= 27).

Tulemused

Mis teeb ülieakatele muret?

Ülieakate toimetulekus on olulised tervis ja majanduslik toimetulek (Ng jt 2017), mis kujundavad ka suhtlustrusteid. Sellepärast alustame lühikese ülevaatega uuritud rühma tervise kohta. Võrreldes Euroopa sama vanusrühmaga (joonis 1) oli Eesti ülieakate hulgas mõnevõrra enam haiguse tõttu piiratud igapäevase tegevusega inimesi. See on kooskõlas varasemate uuringutega, mis näitavad eestimaalaste halvemat tervist võrreldes teiste eurooplastega (Mackenbach jt 2019).

Enamasti väheneb vanusega inimeste initsiatiivsus ja tahe tegutseda (Ainsaar, Maripuu 2009). Pooled uuritud Eesti ülieakatest ei tundnud nädala jooksul kordagi, et tegutsemise jõust või tahtest jääb puudu; enamuse ajast tundis seda 30% ja väikese osa ajast 20%.

Mitte keegi intervjueritavatest ei kurtnud majanduslike probleemide üle. Uurimismeeskond seletab seda peamiselt

kahe hüpoteesiga: selles vanuses ollakse vähem nõudlikud ning nii kõrges vanuses inimestel olid ka, vähemalt ajutiselt, tugi- võrgustikud olemas, seega iseseisev hakkama saamine ja majandusprobleemid ei olnud nii päevakohased kui tervisega seonduv.

Üksindus ja suhete puudus on sageli eakate inimeste üks suuremaid probleeme. Pooled Eestis uuritud ülieakatest ei tundnud ennast üldse või peaaegu üldse üksi, 26% tundis ennast üksi väikese osa ajast ja 22% tundis ennast üksi enamuse või kogu aja. Võimalik, et tähelepanuväärselt kõrge vanus on „süüdi” selles, et üksindust oli nii kõrges vanuses küllaltki vähe, sest vanuse tõttu on tähelepanu nende inimestele suurem. Seda hüpoteesi on vaja edaspidi siiski täpsemalt analüüsida. Ülieakate sotsiaalsetest suhetest kirjutame põhjalikumalt artikli järgmises osas (vt lk 101).

Abivajadus igapäevategevustes

Kõige enam vajasis eakad abi toidu koju toomisel, koristamisel ja toidu valmistamisel.

Tabel 2. Eesti ülieakate abivajadus igapäevategevustes (% üksi või kellegagi koos elavatest inimestest)

	Söömine	Toidu valmistamine	Toidu koju toomine	Enda pesemine	Koristamine	TV vaatamine	WC-s käimine
Koos	17	75	92	50	83	11	25
Üksi	0	47	93	47	73	8	0
Kokku	7	59	93	48	78	9	11

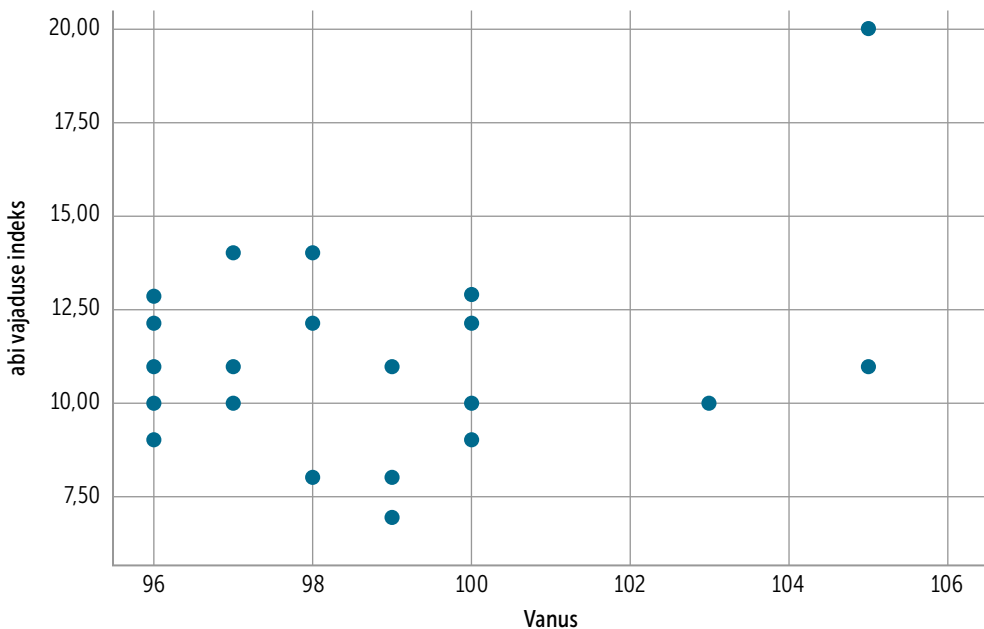
Ootuspäraselt oli abivajadus üksi elavatel inimestel väiksem (tabel 2). Kõige suuremad vahed olid üksi ja teistega koos elavatel ülieakatel selliste põhivajaduste rahuldamisel nagu tualetis käimine, söömine, toidu valmistamine, mis viitab asjaolule, et need tegevused on väga tähtsad ülieaka iseseisva elu võimekusel. Kui nendeks tegevusteks on vaja abi, siis tuleb asuda kellegagi koos elama.

Abivajadus igapäevases toimetulekus oli ülieakatel väga erinev (joonis 2) ega sõltunud vanusest. Abivajadusel oli tugev

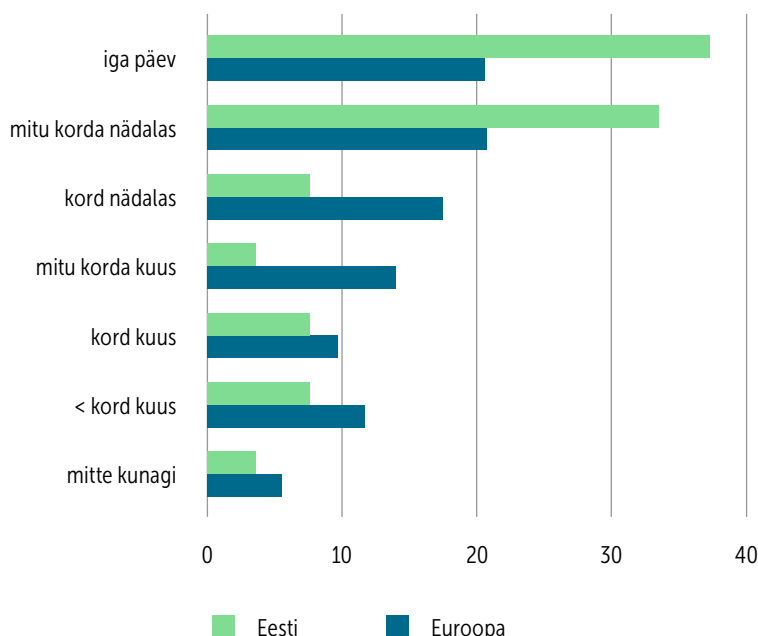
seos hoopis isiklikult hinnatud tervisega ja kerge negatiivne seos eluga rahuloluga (korrelatsioonid).

Sotsiaalsed suhted

Eesti ülieakate sotsiaalsete suhete tihedus on Euroopa eakaaslastega võrreldes suurem (joonis 3, lk 102). Iga päev või mitu korda nädalas tuttavate, sugulaste, sõpradega suhtlevaid inimesi on Eesti ülieakate seas suhteliselt rohkem kui Euroopa teistes riikides keskmiselt. Tulemus võib olla mõjutatud ka asjaolust, et



Joonis 2. Ülieakate vanus ja abivajadus (mõõdetud indeksina, mis liidab abi söömisel, toidu valmistamisel, koju toomisel, pesemisel, koristamisel, TV vaatamisel, WC-s käimisel. Miinimumväärtus on 7 ja maksimumväärtus 28)



Joonis 3. Ülieakate jaotus Eestis ja Euroopas sotsiaalsete suhete tiheduse alusel (vastus küsimusele „Kui tihti suhtlete heade tuttavate, sugulaste, sõpradega enda rõõmuks” (%))

Eesti ülieakate hulgas on enam kellegagi koos elavaid inimesi kui Euroopas keskmiselt.

Eestis ülieakatega korraldatud intervjuusid läbis korduvalt mõttekäik, et suhtlemist on varasemast vähem, sest sõpru ja eakaaslasi ei ole enam. Siiski ei tulene sõprussuhete puudus alati sellest, et oma põlvkonna sõbrad on surnud – sõbrad võivad olla ka ära kolinud või elumuutuste tõttu kaugemaks jäänud ehk sõbrad olid küll olemas, aga ülieakatel puudus nendega aktiivne kontakt. Mõnele seeniorile tundus suhtlemine vahel ka koormavana: „*Pean ütlema, et nagu ei tahagi, et kogu aeg on võõrad inimesed ja et peab nendega tegelema.*”

Intervjuudest selgus, et telefoni olemasolule vaatamata piiras ülieakate endi arvates sotsiaalset läbikäimist vähene füüsiline aktiivsus ning hirm iseseisvalt liikuda. Isegi kui tervis käimist võimaldas, ei julgetud

tihti jalutuskäike väljaspool kodu üksinda ette võtta, sest kardeti kukkumist.

Eakaaslastest sõprade-tuttavate kadumisel suheldi kõige sagedamini pereliikmete ja lähemate sugulastega. Meie valimis eristusid teistest ülieakatest aktiivsuse poolest endised õpetajad, kellel oli sageli säilinud kontakt endiste õpilastega ja kelle suhtlusring oli seetõttu tavalisest laiem, mis võimaldas laiemat tugivõrgustikku. Näiteks ühele eakale, kellel endal lapsi polnud, oli endisest õpilasest saanud suhtluspartneri rollile lisaks ka hooldaja.

Intervjuudest selgus, et suhtlemist välisilmaga soodustas huvi kultuuri vastu ja püüd olla kursis päevasündmustega. Neil ülieakatel, kes regulaarselt kodust väljaspool üritustel osalesid (kontserdid, teater, muusikalavastused, kirikus käimine, eakaaslastega kokkusaamised) või ise neid organiseerisid (näiteks loengud Eesti kultuuriloo kohta), oli

ka enam kontakte ja nad suhtlesid teistega elavamalt. Elulugudest oli näha, et enamasti oli aktiivne huvi elu vastu selles vanuses loogiliseks jätkuks varasemale vaimsele tööle ja aktiivsele ellusuhtumisele.

Abi allikad

Järgmisena anname ülevaate tugivõrgustikust, mida ülieakad abivajaduse korral kasutavad. Küsimusi esitati kolme olukorra kohta: igapäevategevuste, väiksema terviseprobleemi (kurguvalu) ja muude murede puhul. Üksi

ja kellegagi koos elavaid ülieakaid vaadeldi eraldi rühmadena. Tabelis 3 esitatakse kõik tugivõrgustiku osad, mida intervjueeritavad nimetasid. Jaotasime nad mõtteliselt kolmeks rühmaks: kutselised abistajad, pereliikmed, sõbrad-naabrid. Analüüsisime, kui mitmekesine on tugivõrgustik, kes sinna kuulusid ja kes sealt puudusid.

Intervjuudest selgus, et sageli oli ülieakatel kujunenud välja mõni kindel inimene, kelle poole eri puhkudel abi saamiseks pöörduti. Usaldus oli abi küsimisel ja saamisel väga

Tabel 3. Ülieakate tugiisikud igapäevategevustes, tervise ja muude murede puhul. Arvud on esitatud kahe rühma kaupa: üksi elav ja kellegagi koos elav ülieakas (+ on märgitud, kui vähemalt üks intervjueeritavatest mainis seda tüüpi kontakti)

	Igapäevategevustes		Kui kurk valus		Muud mured		Kokku
	Üksi	Koos elav	Üksi	Koos elav	Üksi	Koos elav	
Ei ole kedagi						+	1
Ise			+	+	+		3
Ei ole abi vaja	+						1
(Pere)arst			+	+			2
Nõuandetelefon			+				1
Apteeker			+				1
Haigla töötaja		+				+	2
Hooldaja, kaplan	+			+		+	3
Sotsiaaltöötaja		+					1
Lapselaps	+	+	+		+		4
Minia, väimees	+	+		+	+		4
Poeg, tütar	+	+	+	+	+	+	6
Abikaasa		+		+		+	3
Teised sugulased	+	+	+		+	+	5
Naaber, tuttav	+						1
Sõbrad	+				+		2
KOKKU	7	7	6	5	5	5	

tähtis. Näiteks väideti, et „*ei usalda kedagi peale tütre*”. Edukal suhtlemisel oli oluline hea klapp. Näiteks elas üks eakas koos noorema tütrega, aga probleemide korral pöördus hea meelega mujal elava vanema tütre poole, sest nooremaga oli põlvkonnavahe suurem. Või oli olukord, kus ülieakas elas koos abikaasaga, aga mure korral ei olnud ikka kellegi poole pöörduda. Ka argitoimetustes abiks olnud inimesed ei olnud alati need, kelle poole mure korral pöörduti.

Usaldus oli abi küsimisel ja saamisel väga tähtis.

Intervjuudest tuli välja, et vanusega valikud vähenevad ning omaealiste tugivõrgustik kaob. „*Varem olid vanad sõbrad, nüüd enam ei ole. Nüüd poeg, minia, pojatütar.*” Korduvalt öeldi, et „*mitte kedagi teist ei ole, kui see üks kontakt*”. Sellises olukorras peab sotsiaaltöötaja olema tähelepanelik, sest selle ainukese inimese haiguse või kadumise korral on ohus ka ülieaka toimetulek.

Kontakti võtmise viisidest mainis 41% helistamist. Teise küllaltki sagedase suhtlusviisina nimetati pereliikmetega kokku lepitud külastusi või nende telefonikõnesid (63%). Igapäevatoimingutes abistajate mitmekesisus oli nii üks kui ka koos elavatel ülieakatel sarnane (Tabel 3). Kui kellegagi koos elavate seenioride puhul piirdus see enamasti pereliikmetega või hooldekodus asutuse töötajatega, siis üks elavad ülieakad mainisid ka naabreid, tuttavaid, sõpru. Abi igapäevategevustes oli ka ainuke abi liik, mille puhul mainiti sotsiaaltöötajat.

Sageli esines elukorraldust, kus oli kokku lepitud, et sugulased helistavad iga päev või kord nädalas, toovad toidu, keegi käib läbi, või siis külastab eakat järjekindlalt vähemalt mõne tunni nädalas.

Terviseprobleemid

Tervis on eakamate inimeste üks peamine murede põhjus. Uuringu tulemused näitasid, et terviseprobleemide korral pöörduakse abi saamiseks peale meditsiiniliste töötajate vaid pereliikmete poole (Tabel 3). Perearst oli ootuspärane valik, kuid üks elavad ülieakad märkisid ära nõuande-telefoni 1220 ja apteekri, kes asendavad ka pereliikme rolli.

Sugulasi nimetati meditsiinilise abi allikana sageli kombinatsioonis arstidega, kus sugulane oli vahendaja või esimese kontakti looja ning leidis vajaduse korral arsti. Näiteks seletas intervjuueeritav, et „*tavaliselt minia ütleb, et mis viga*” ja siis saab edasi tegutseda. Oluline meditsiinilise probleemi puhul oli kiire kommunikatsioonikanali olemasolu (telefon).

Terviseprobleemide puhul mainiti abikaasast ja (lapse)lastest kaugemaid sugulasi, sh vendi-õdesid väga harva. Tervise probleemi abistajate nimekirjas ei olnud naabreid, tuttavaid, sõpru, keda mainiti küll mõne teise probleemi puhul. Seega on terviseprobleemide puhul tegu küllaltki delikaatse teemaga, kus abi küsimine võib olla keeruline ja millega püüti ka ise hakkama saada. Andmete detailsem analüüs näitas, et need, kes püüavad kõigepealt ise hakkama saada ja pöörduvad alles seejärel arsti või omaste poole, olid pigem üks elavad ülieakad, kuid üks lahendasid kergemaid terviseprobleeme ka need, kes elasid kellegagi koos.

Abi muude probleemide korral

Tervisele ja igapäevasele toimetulekule lisaks küsiti ülieakatelt ka muude probleemide kohta. Üldiselt on kõrges vanuses eakad eluga rahul, muredest rääkides kordus suhtumine, nagu oleksid mured liiga väikesed või tühi- sed, et neist rääkida („*Mis mure see ikka...*”). Küllaltki suure rahulolu taustal võidakse probleemidest (v.a terviseprobleemidest)

rääkimises ja kurtmises näha rahulolematuse väljendust, mistõttu püütakse seda pigem vältida. Väike muude murede hulk võib olla seotud ka küllaltki piiratud autonoomsusega, sest selles eluetapis ollakse abi saajad, suutmata midagi vastu anda ning olmemuredest rääkimine võib sel juhul tunduda kurtmise ja tänamatuse väljendusena.

Üldiselt pöörduti muu mure korral abi saamiseks sugulaste (enamasti laste, lastelaste, venna- või õelaste) poole (Tabel 3). Perekond toimis sageli laiema võrgustikuna, näiteks poeg, pojanaine ja tütar koos. Need ülieakad, kellel olid lapsed, pöördusid enamasti laste poole. Samas olid ka ülieakate lapsed juba küllaltki eakad – 70- ja 80-aastased. Sõprade poole pöördusid vähesed, ainult need, kellel lähisugulasi eriti ei olnud. Ühest küljest näitab see usalduslike suhete vähesust, teisest küljest sugulussidemete tähtsust. Mõni üksi elav eakas uskus, et peab ise oma muredega hakkama saama. Üks ülieakas elas küll koos omastega, kuid muresid jagada ei olnud kellegagi.

Kokkuvõte ja arutelu

Artikli eesmärk oli analüüsida ülieakate abivajadust ja eri tugivõrgustikke Eestis. Eeldasime, et ülieakate toimetulek erineb mõnevõrra tavaliste eakate toimetulekust ja seetõttu on teave tugivõrgustikust ja selle kujunemisest oluline erisuguste abistavate tegevuste kujundamisel.

100aastaste inimeste uuringuid on kogu maailmas tehtud väga vähe. Ka need, mis tehtud, uurivad peamiselt tervist (Davey jt 2010, Jopp jt 2016, Takayama 2007). 2018. aastal koguti Eestis esimesed süstemaatilised andmed 100aastaste ja sellele vanusele lähenevate ülieakate kohta.

Ootuspäraselt on Eesti ülieakate suurim probleem tervis ($\frac{3}{4}$ intervjueeritud ülieakatest), mis teeb igapäevaeluga toimetuleku

keerukamaks. Teiste elu asjaolude suhtes olid ülieakad küllaltki optimistlikud ja leplikud. Nad ei kurtnud majandusliku kitsikuse üle ning pooltel intervjueeritavatest ei olnud puudust ka tegutsemistahtest. Kõigil oli olemas tugivõrgustik ja küllaltki palju sotsiaalseid kontakte. See on kooskõlas varem leitud tulemustega selle kohta, et eriti pika elueaga on seotud sotsiaalsus ja teatud optimistlikud iseloomujooned (Friedman 1999, Ng jt 2017).

Ülieakate hea sotsiaalne suhtlusvõrk võib siiski olla seotud ka intervjueeritavate kõrge vanusega, sest selles vanuses inimesed saavad erilise tähelepanu osaliseks. Seda hüpoteesi on vaja siiski edaspidi uurida täpsemalt.

Ülieakate tugivõrgustikus domineerisid pereliikmed. Intervjuudest oli näha, et varem oli ülieakatel ka rohkem sõpru, kuid kui suhtlemist eakaaslastest sõprade-tuttavatega jääb vähemaks, täidavad vajakajäämist suhtlemises kõige sagedamini pereliikmed ja lähemad sugulased. Üldist sotsiaalse suhtlemise aktiivsust soodustas huvi kultuuri vastu ja püüd olla kursis päevasündmustega, mis oli sageli loogiline jätk vaimsele tööle varasemas elus.

Tugivõrgustike toimimist uuriti kolmes olukorras: väiksema terviseprobleemi (kurguvalu), igapäevategevuste ja muude murede puhul. Ootuspäraselt oli abivajadus parema tervisega ja üksi elavatel inimestel väiksem, sest saadi rohkemate asjadega ise hakkama. Samas selgus, et ülieakate tugivõrgustik on mitmekesine, nagu on erinevad ka vajadused ja võimed.

Abi vajamine ei sõltunud ülieaka vanusest, küll aga tema tervisest. Kõige enam vajasid eakad abi argitegevustes nagu toidu koju-toomine, koristamine ja toiduvalmistamine.

Kokkuvõttes ei erinenud üksi ja kellegagi koos elavate ülieakate turvavõrgustik. Abi allikad erinesid mõnevõrra tulenevalt olukorrast, kuid peamiselt moodustavad

Eesti ülieakate toimetulekuvõrgustiku pereliikmed ja erinevad kutselised abistajad. Igapäevategevustes oli abistajate ring kõige laiem ja isiklike murede puhul kõige kitsam. Kõige enam kasutati oma laste abi, kuigi ka ülieakate lapsed on juba küllaltki eakad ning seetõttu ise haavatavad.

Kuigi tervisemured olid ülieakate sage jututeema, pöörduti terviseprobleemide puhul abi saamiseks peale arsti vaid lähimate pereliikmete poole. Sõprade poole pöördusid vähesed, eelkõige need, kellel lähisugulasi ei olnud. Ühest küljest näitab see usalduslike suhete vähesust, teisest küljest terviseprobleemide eripära.

Seni on teadusmaailmas oletatud, et ülieakate bioloogiline taust ja elu erineb mitmeti tavaliste eakate omast (von Gunten jt 2010, Davey jt 2010). Päril selge aga ei ole veel, kuidas sotsiaalsed, geneetilised ja muud olud mõjutavad vanaks saamist ja vana olemist. Seda on vaja uurida jätkuvalt, nagu ka ülieakate abi küsimist ja turvavõrgustike kasutamist.

Ettepanekud

Senise analüüsi põhjal saame teha neli ettepanekut Eesti sotsiaalsüsteemi täiendamiseks.

1. Iseseisvalt elavad ülieakad olid küllaltki hea toimetulekuvõime ja sotsiaalsete kontaktidega, kuid paljude jaoks olid esimeseks tugivõrgustikuks siiski oma laps(ed), kes on samuti juba küllaltki eakad. Seega vajaksid ülieakad Eestis kohalikul omavalitsuselt ennetavat ja heatahtlikku tähelepanu isegi siis, kui neil on parajasti

oma tugivõrgustik olemas.

2. Uuringu tulemused näitasid, et ülieakad, kes olid suhtlemises edukamad ja tulid paremini toime, olid selleks vajalikke eelduseid kujundanud juba varasema elu jooksul: neil oli parem haridus, harjumus vaimseks pingutuseks, aktiivne ja positiivne eluhoiak. Neid oskusi tasub arendada kõigis vanusrühmades varakult, sest eakana on oma eluharjumusi keeruline muuta.
3. Usaldus ja usalduslikkus olid eduka abistamise kaks peamist märksõna. Uuringust selgus, et ülieakad ei ole valmis kõigilt abi vastu võtma, vaid edukaks abistamiseks on vaja usalduslikke suhteid. Usalduse alused ning usaldusliku suhte moodustumise põhimõtted peaksid olema kutseliste abistajate õppekavas.
4. Isiklike murede puhul, mis ei puuduta otseselt tervist ja lihtsamaid toimetulekutegevusi, on ülieakate tugivõrgustik kõige piiratum. Tasuks analüüsida eakatele mõeldud abi- ja mure-telefonide tõhusust ülieakate puhul.

Piirangud: Kuigi uuringus vastamise määr oli suhteliselt kõrge, osalesid uuringus sellised ülieakad, kes suutsid uurijatega suhelda. Seega arvame, et uuringus osalenud ülieakate toimetulekuvõime on parem võrreldes nendega, kes vaimse või füüsilise tervise probleemide tõttu uuringus ei osalenud. Seega tuleb olla ettevaatlik tulemuste üldistamisega kõigile Eesti ülieakatele. 

Viidatud allikad

Ainsaar, M. (2011). 60–69-aastaste naiste ja meeste töötamine ja eluga rahulolu seitsmes Euroopa riigis. *Ariadne Lõng* 11, 15–29.

Ainsaar, M., Maripuu, L. (2009). Eakate heaolu Eestis 2007 – võrdlus lastega perede ning mitte-eestlaste rühmaga. Tallinn: Rahvastikuministri büroo.
<http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/4003/1/Ainsaar%2c%20Maripuu%202009.pdf>. (09.09.2020).

- Davey, A., Elias, M. F., Siegler, I. C., Lele, U., Martin, P., Johnson, M. A., Hausman, D. B., Poon, L. W. (2010). Cognitive function, physical performance, health, and disease: norms from the Georgia Centenarian study. *Exp Aging Res* 36, 394–425.
- Friedman, H. S. (1999). Personality and Longevity: Paradoxes. Kogumikus: Robine, J. M., Forette, B., Franceschi, C., Allard, M. (eds) *The Paradoxes of Longevity. Research and Perspectives in Longevity*. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-60100-2_10.
- Gwozdz, W., Sousa-Poza, A. (2009). Ageing, Health and Life Satisfaction of the Oldest Old: An Analysis for Germany. *IZA Discussion Paper* 4053. <http://ftp.iza.org/dp4053.pdf>. (09.09.2020).
- Jopp, D. S., Boerner, K., Rott, C. (2016). Health and Disease at Age 100. Findings From the Second Heidelberg Centenarian Study. *Dtsch Arztebl Int*, 113(22–23), 395. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5400033/.
- Keller-Cohen, D., Fiori, K., Toler, A., Bybee, D. (2006). Social relations, language and cognition in the 'oldest old'. *Ageing and Society* 26(4), 585–605. <https://doi.org/10.1017/S0144686X06004910>
- Luhmann, M., Hawkey, L. C. (2016). Age differences in loneliness from late adolescence to oldest old age. *Developmental psychology*. DOI: 10.1037/dev0000117.
- Mackenbach, J. P., Valverde, J. R., Bopp, M., Brønnum-Hansen, H., Deboosere, P., Kalediene, R., Kovács, K., Leinsalu, M., Martikainen, P., Menvielle, G., Regidor, E., Nusselder, W. J. (2019). Determinants of inequalities in life expectancy: an international comparative study of eight risk factors. *The Lancet Public Health*, 4(10), e529–e537. DOI 10.1016/S2468-2667(19)30147-1.
- Ng, S. T., Tey, N. P., Asadullah, M. N. (2017). What matters for life satisfaction among the oldest-old? Evidence from China. *PLoS ONE* 12(2), e0171799. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171799>.
- Saks, K. (toim.). (2017). Gerontoloogia. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus.
- Sisask, M., Roosipuu, K. (2019). Mitmepalgeline üksildus SHARE vanemaealiste uuringu andmetel. *Sotsiaaltöö* 2, 86–92.
- Takayama, M., Hirose, N., Arai, Y., Gondo, Y., Shimizu, K., Ebihara, Y., Yamamura, K., Nakazawa, S., Inagaki, H., Masui, Y., Kitagawa, K. (2007). Morbidity of Tokyo-area centenarians and its relationship to functional status. *J Gerontol A Bio Sci Med Sci*. 62, 774–782.
- Statistikaamet (2019). Andmebaas. Prognoositav rahvaarv aastani 2080 soo ja vanuse järgi. Tallinn: Eesti Statistika (aluseks 1. jaanuari 2019 rahvaarv). <http://andmebaas.stat.ee/Index.aspx?lang=et&DataSetCode=RV086> (vaadatud 02.07.2019)
- Vaupel, J. W., Carey, J. R., Christensen, K., Johnson, T. E., Yashin, A. I., Holm, N. V., Iachine, I. A., Kannisto, V., Khazaeli, A. A., Liedo, P., Longo, V. D., Zeng, Y., Manton, K. G., Curtsinger, J. W. (1998). Biodemographic trajectories of longevity. *Science* 280, 855–860.
- von Gunten, K., Ebbing, A., Imhof, P., Giannakopoulos, Kövari, E. (2010). Brain Aging in the Oldest-Old. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, doi:10.1155/2010/358531.

ABSTRACT

To whom 100-year-olds will turn for help in Estonia?

The number of studies of 100 years old and older people are very limited worldwide, although the number of the oldest-old grows rapidly. Existing studies are mainly focused on health indicators. This article analyses the social relations and the need for assistance of people around age 100 in Estonia. Data were collected in 2018 at the University of Tartu. The sample included people born in 1921 or earlier in Estonia. We used qualitative interviews and semi-structured questionnaires in the surveys process. Some quantitative data are compared with European Social Survey estimates for the same population age group. There is no common name for so old people in scientific literature. We call them super-seniors.

The health of super-seniors in Estonia was poorer than that of people of the same age in Europe, but super-seniors did not complain about their economic coping and had more social contacts than people of the same age in Europe. Results showed that in the case of increased need for help, especially in everyday activities, seniors need some social assistance. The need for help was not dependent on the age of super-seniors, but on health. As expected, the need for assistance was lower for people living alone.

The most used sources of assistance were other family members, especially children, even though the children of super-seniors were already relatively old as well. Different needs were associated with different aid sources and were dependent on whether the super-senior was living alone or together with others.

AUTORID

Mare Ainsaar, PhD

Tartu Ülikool, ühiskonnateaduste instituut, vanemteadur. Uurimisvaldkond: heaolu, sotsiaalpoliitika, uurimismeetodid.

Indrek Soidla, MA

Tartu Ülikool, ühiskonnateaduste instituut, sotsiaalse analüüsi nooremteadur. Uurimisvaldkond: küsitlusuuringute metodoloogia.

Epp Sepp, MD, PhD

Tartu Ülikool, bio- ja siirdemeditiini instituut, meditsiinilise mikrobioloogia osakond, vanemteadur. Uurimisvaldkond: inimese mikrobioota ja seda mõjutavad faktorid.

Siiri Kõljalg, MD, PhD

Tartu Ülikool, bio- ja siirdemeditiini instituut, meditsiinilise mikrobioloogia teadur. Uurimisvaldkond: hospitaalinfektsioonid; infektsioonide epidemioloogia ja antibiootikumresistentsus.

Jelena Štšepetova, MD, PhD

Tartu Ülikool, bio- ja siirdemeditiini instituut, mikrobioloogia osakond, teadur. Uurimisvaldkond: terviseuuringud, biokeemia, geneetika, mikrobioloogia, biotehnoloogia, molekulaarbioloogia ja bioinformaatika.

Tiiu Rööp, MSc

Tartu Ülikool, bio- ja siirdemeditiini instituut, meditsiinilise mikrobioloogia nooremteadur. Uurimisvaldkond: inimese mikrobioota.

Imbi Smidt, MScI

Tartu Ülikool, bio- ja siirdemeditiini instituut, mikrobioloogia osakond, teadur. Uurimisvaldkond: inimese mikrobioota ja probiootiliste bakterite rakendusuuringud.

Marika Mikelsaar, MD

Tartu Ülikool, bio- ja siirdemeditiini instituut, professor emeritus. Uurimisvaldkond: mikroobiökoloogia, seedetrakti patogeendid, laktobatsillid, probiootilised bakterid, seosed organismi biomarkeritega.

Reet Mändar, MD, PhD

Tartu Ülikool, bio- ja siirdemeditiini instituut, mikrobioloogia osakond. Uurimisvaldkonnad: suguteede mikrobioota ja selle ülekandumine partnerile ja vastsündinule; prostatiidi etiopatogenees; mikrobioota roll ja biomarkerid paari viljatuses.

Eestis on nüüd spetsiaalselt dementsusega inimestele ehitatud kodu

Juulis avas uksed esimene dementsussobralik kodu Eestis, mille projekteerimisel ja ehitamisel võeti arvesse dementsusega inimeste vajadusi. Lääne-Harju vallas Keila külje all asuvas Benita Kodu uues majatiivas on 49 voodikohta.

Uus hoone on ühendatud olemasoleva kompleksiga galerii-koridori kaudu kahel korrusel. Iseseisvalt õues viibimiseks on turvaline aed koos aiamaajaga ning neli talveaia tüüpi rõdu, kus saab igal ajal käia värsket õhku hingamas.

Elanike kasutuses on retrostiilis privaatsamad temaatilised elutoanurgad (naistenurk, meestenurk, nukuteraapia, kohvik), eraldatud tegevusruum, teraapiiliste vahenditega sensoorikatuba, teatri-teemaline kohvinurk, robot-lemmikloomad ning lauamängud. Magamistoad on ühe- või kahekohalised ja kõikidesse ruumidesse pääsevad mugavalt ka liikumiskustega inimesed.

Tänu kohandatud keskkonnale saab dementsusega inimene piisavalt liikuda, teha igapäevatoiminguid ja tegeleda meelepärase tegevustega. Olulisel kohal on ööpäevase rütmi säilitamine, turvatunde pakkumine ja meenutustöö.

Projekteerija, sisekujundaja ning tegevusterapeutide koostöös võeti kasutusele mitu põnevat lahendust, mis muudavad elukeskkonna koduseks, mugavaks ning toimetulekut toetavaks. Näiteks on maja esimesele korrusele tehtud linnaliini ja teisele maaliini bussipeatus. Kui dementsusega inimesel tekib soov minna bussiga oma minevikuasju ajama, saab ta



Foto: Marita Brigitta Mones

hooldekodu bussipeatuses bussi oodata. Välisuksele on kleebitud raamaturiiuli pilt, mis jätab nii tõetruu mulje, et elanikel ei teki mõtet seda ukseks kasutada. Nii saab ennetada kadumise ohtu. Ustel on kontrastsetes toonides sildid, et inimene leiaks üles näiteks tualeti või oma magamistoa. Osakond on dementsusega inimeste jaoks piisavalt suur, et leida omale tegevust ja ringi jalutada, kuid piisavalt ülevaatlik personalile, et tagada elanike turvalisus. Et inimene tunneks end koduselt, soovitatakse sisustada ta magamistuba tema jaoks tähenduslike esemete ja fotodega.

Teenuse väljatöötamise üks eesmärk on parandada ühiskonna teadlikkust dementsusest ning koolitada dementsussündroomiga inimeste lähedasi ja spetsialiste. Selleks läbisid 50 Benita Kodu töötajat Tervise Arengu Instituudi pilootprojekti raames korraldatud põhjaliku dementsuseteemalise koolituse. See võimaldab personalil tegeleda teiste spetsialistide ja lähedaste nõustamisega ning koolitamisega.

Kontakt: <https://benita.ee/ee/sisu/dementsussobralik-kodu>

LOE ARTIKLEID SOTSIAALTÖÖ VEEBIS TASUTA!

Ajakirja Sotsiaaltöö lugemiseks veebis aadressil www.tai.ee/sotsiaaltöö ei ole vaja enam sisse logida! Lugeda saab nelja viimati ilmunud ajakirja-numbrit, rohkesti üksikartikleid varasematest ja PDFidena ka möödunud aastate numbreid.

Septembrikuu veebiajakirjas saab lugeda ka neid artikleid, mida ei ole avaldatud paberil:

- Liis Vahter, Keit Parts, Agnes Einman ja Marion Rummo tutvustavad ja kommenteerivad MTÜ Ligipääsetavuse Foorumi transpordi ja tehiskeskkonna ligipääsetavuse analüüsi tulemusi – ligipääsetavus on üks olulisemaid eesmarke võrdsete võimaluste tagamisel.
- Jan Trei Eesti Linnade ja Valdade Liidust võtab kokku kohalike omavalitsuste kriisiaja kogemused ja õppetunnid.
- Avaldame aasta tagasi rohkelt tähelepanu pälvinud dokumendi „Dubrovniku manifest – sotsiaalse vältimatus“, milles rõhutatakse sotsiaaltöö tähtsust tänapäeva pöördeliselt muutuvas ühiskonnas.
- Ulvi Mölder kirjutab RFK katsetamisest taastusravis ja rehabilitatsioonis.
- Kogemusnõustaja Jaanus Riimets tõstab esile eri valdkondade teenused, mis aitavad tal nägemispuudest olenemata ühiskonnaelust aktiivselt osa võtta.

Paberväljaanne ilmub neli korda aastas: veebruaris, mais, septembris, detsembris. Tellimuse üheks või kaheks aastaks saab vormistada ajakirja veebilehel.