

# SOTSIAALTÖÖ

**Vajaduspõhine peretoetus**

**Sõltuvus – kas haigus või  
toimetulekumeetod?**

**Uimastiennetuse põhimõtted**

**Sõltuvusvastast abi  
osutavate asutuste  
kogemused**

**2**

**2013**

**Sotsiaaltöö ja sotsiaalpoliitika erialaajakiri**



## Ajakirja SOTSIAALTÖÖ tellimust saab vormistada:

- kohalikus postkontoris
- toimetuse aadressil [ajakiri@tai.ee](mailto:ajakiri@tai.ee)
- Eesti Posti e-teeninduses [www.post.ee](http://www.post.ee)

Ajakiri on müügil Tallinnas Tervise Arengu Instituudi koolituskeskuses, Hiiu 42;  
Tartus kaupluses Ülikooli Raamatupood, Raekoja plats 11.

Ajakiri SOTSIAALTÖÖ

**Tervise Arengu Instituudi ja sotsiaalministeeriumi väljaanne**

16. aastakäik.

*Ilmub kuus korda aastas: veebruaris, aprillis, juunis, augustis, oktoobris ja detsembris*

### **Toimetuse kolleegium:**

Mailis Kaljula, Riina Kiik, Aleksander Ljudvig, Valter Parve, Riho Rahuoja, Koidu Saia, Judit Strömpl, Piret Tamme, Triinu Tikas, Taimi Tulva

Vastutav toimetaja: Regina Lind

Toimetajad: Signe Väljataga, Margit Raias, Inga Mölder

Kujundus ja trükk: Atlex AS

Tiraaž: 1000 eksemplari

### **Kontakt**

Ajakiri Sotsiaaltöö, Tervise Arengu Instituut, Hiiu 42, 11619 Tallinn

Tel (+372) 659 3931, faks (+372) 659 3925, e-post [ajakiri@tai.ee](mailto:ajakiri@tai.ee)

### Autoritele:

Ajakirja toimetus ootab avaldamiseks analüüsivaid, uurimuslikke, nõuandvaid, kogemuslikke, informatiivseid ja silmaringi laiendavaid artikleid, mis aitavad kaasa sotsiaalvaldkonna arengule. Teretulnud on ka info värskelt ilmunud raamatute ja erialaste koolituste kohta. Artiklite maht tuleks kooskõlastada toimetusega. Artiklid saata meiliaadressil [ajakiri@tai.ee](mailto:ajakiri@tai.ee). Skeemid ja joonised saata töötlemist võimaldavate failidena, mitte pildina tekstis. Pildid palume varustada selgitava tekstiga ja saata elektrooniliselt resolutsiooniga 300 dpi või postiga.



**Tervise Arengu Instituut**

National Institute for Health Development



**sotsiaal**  
ministeerium

# SISUKORD

nr 2/2013

## Eessõna

Narkomaania kui meie kõigi ühine mure  
Aljona Kurbatova ..... 2

## Uudised

Uudised ja pressiteated ..... 3  
ESTA uudised ..... 4

## Peegeldusi Euroopast

Sotsiaaltöötaja kui tark inimene  
Hans van Ewijk ..... 5

## Seadus

Vajaduspõhine peretoetus ja sellega  
seotud muudatused  
Kaili Didrichson ..... 7  
Sõltuvuses alaealistele arendatakse  
sõltuvusvastase taastusabi süsteemi  
Ene Augasmägi ..... 14  
Sõltuvusravi süüdimõistetutele  
Andri Ahven ..... 15

## Teoreetilised lähtekohad

Sõltuvus kui toimetulekumeetod  
Erik Rüütel ..... 16

## Hetkeolukord

Uimastite tarvitamine 15–16-aastaste  
koolinoorte seas:  
ESPADi uuringu tulemused  
Sigrid Vorobjov ..... 22  
Kui palju on Eestis süstivaid  
narkomaane? ..... 26

## Uimastiennetus

Uimastisõltuvuse kahjude vähendamine  
Eestis – kuidas edasi?  
Riina Raudne ..... 27  
Uimastiennetuse üldised põhimõtted  
noorte hulgas  
Karin Streimann ..... 30

## Teenused

Narkosõltuvuses inimeste abistamine  
Eestis  
Aljona Kurbatova ..... 37  
Kuidas kasutada motiveerivat  
nõustamist töös sõltuvushäirega  
klientidega  
Milvi Igalaan ..... 40  
Opioidsõltuvuse asendusravi  
Margit Kuus ..... 43

## Kogemus

Sõltuvusega noore abistamise  
põhimõtted Tallinna Lastehaigla  
psühhiaatrikliinikus  
Karmen Saul ..... 46  
Narkosõltlaste rehabilitatsioon Viljandi  
Haiglas – õppimine ja areng praktika  
kaudu  
Rita Kerdmann, Reet Hindus ..... 49  
Üks päev narkosõltuvuses ja HIV-  
positiivsete inimeste nõustamisprojekti  
sotsiaaltöötaja töös  
Ene Mändla ..... 52  
Sotsiaaltöötajate kogemused töös  
uimastisõltuvuses inimestega  
Meelika Limberg, Reet Laos, Anne  
Sundja ..... 54

## Sotsiaaltöö haridus

Eriala valiku seos sotsiaaltöö  
üliõpilaste elukogemusega  
Anu Leuska ..... 56  
Sotsiaaltöö õppekavad ja vastuvõtt  
2013. aastal ..... 59

## Kokkuvõte

Inglise ja vene keeles ..... 62–63

Kirjandus ..... 64

## **Narkomaania kui meie kõigi ühine mure**

*Möödunud aastaga lõppes narkomaania ennetamise riiklik strateegia aastani 2012, mis oli kaheksa aastat olnud narkomaania ennetustegevuste aluseks Eestis. Kohe hakkas kostma arvamusi, et strateegia on läbi kukkunud, sest viimase kümne aastaga ei ole narkootikumide ja nende kasutamisega seotud probleemid Eestis oluliselt muutunud. Olles küll enesekriitilised, peame siiski tunnistama, et nimetatud strateegia koostati oma aja parimate teadmiste ja oskuste põhjal. 2000. aastate alguses oli narkomaania probleem alles kujunemas, paljud ei mõistnud selle tõsidust ja Eestil ei olnud ka kuigivõrd kogemusi ennetustegevuse planeerimise ja elluviimisega. Sellegipoolest oli strateegia hea*



*ja põhjalik, toetudes teiste riikide kogemustel ja headel praktikatel. Ükski strateegia aga ei rakenda ennast ise, selleks on vaja raha, inimressurssi, poliitilist tahet ja ühiskonna valmisolekut probleem lahendamada. Eri aegadel on meil nappinud nii ühte kui ka teist. Tänaheks ei ole narkomaania probleem Eestis süvenenud, kuid edusammudest saame rääkida siiski vaid mõnedes valdkondades. Toetudes uuringute ja politsei andmetele, võime väita, et narkootikumide kättesaadavus ja nendega seotud kuritegevus on aastatega vähenenud. Kooliõpilaste seas läbiviidud uuringud näitavad, et toimub olukorra stabiliseerumine, kuid narkootikumide tarvitamise levik noorte seas on kõrge.*

*Väheneb uute süstivate narkomaanide arv ning tõuseb nende keskmine vanus. See tähendab, et uusi noori süstivaid narkomaane ei tule juurde nii palju nagu kümme aastat tagasi. See on kindlasti positiivne tulemus. Samas on Eestis väga kõrge narkootikumide üledoosist tingitud surmade arv, mille poolest oleme Euroopas kahjuks esikohal.*

*Probleeme on olnud sõltlastele suunatud abiteenuste arendamisega. Aastatega oleme suutnud oluliselt parandada abiteenuste kättesaadavust, kuid nende mahud on endiselt ebapiisavad. Teenuste arendamine võtab aega. Uued ravikeskused ei teki üleöö, kuid teenuseid vajavatel inimestel ei ole neid aega oodata.*

*Eesti probleemiks on olnud narkomaania ennetustegevuste killustatus, mis on vähenendanud ka nende mõju. Ebaõnnestumiseks tuleb lugeda ka seda, et me ei ole suutnud kümne aasta jooksul muuta ühiskonna suhtumist. Narkomaane ei peeta endiselt abi vääriliseks. Enamik meist arvab ka, et tema peres või tema hoolealustega midagi sellist ei juhtu. Elu aga näitab, et ükski pere ei ole narkomaania eest kaitstud. Tihti me isegi ei tea, mida sellise probleemi korral ette võtta.*

*See on ka üks põhjus, miks käesolev Sotsiaaltöö ajakirja number on pühendatud narkomaania teemale. Ajakirjast leiab lugeja artikleid narkomaania teoreetilistest aspektidest: millised on ennetustöö tasandid, millised on sõltuvuse teket soodustavad ja takistavad tegurid, kas sõltuvus on haigus või vaba valik. Tutvutakse spetsialistide praktiliste töökogemustega ja meetoditega, samuti antakse ülevaade viimastest muudatustest Eesti uimastipoliitikas ja valdkonda reguleerivatest seadustest.*

*Loodame, et see number on sotsiaalvaldkonna töötajatele abiks võimalike lahenduste leidmisel töös sõltlastega.*

**Aljona Kurbatova, Tervise Arengu Instituudi nakkushaiguste ja narkomaania ennetamise osakonna juhataja**

## Võrumaal arendatakse hoolekandeteenuseid

Võrumaa hoolekandes on jätkuvalt aktuaalne laste teema. MTÜ Maailm Lastele on tutvustanud sotsiaaltöötajatele, koolide esindajatele ja noorteuhihtidele projekti „Vanem õde – vanem vend”, et käivitada see ka Võrumaal. Esimene grupp noori on valmis läbima koolituse, et pakkuda tuge esialgu 15-le ennast üksikuna tundvale lapsele.

Urvaste kool korraldas Kagu-Eesti sotsiaaltöötajatele ja sotsiaalpedagoogidele koostööpäeva teemal: „Urvaste kool: müüdid ja tegelikkus”. Sulgemise tont hõljub juba pikemat aega Võrumaa hariduslike erivajadustega riigikoolide kohal. Aga õnneks oli haridus- ja teadusministeeriumi esindajal kohaletulnutele positiivne sõnum: Urvaste kool jätkab. Et paremini mõista, mida see tähendab sotsiaaltöötajatele, pakkus kool rühmatööna analüüsimiseks ühe keerulise juhtumi.

Mõniste teenustekeskus kutsus avatud uste päeval oma hoolekandeteenustega tutvuma maakonna sotsiaaltöötajaid ja hooldekodude juhte. Teenuste valiku laiendamise on oma südameasjaks võtnud ka Võru maavalitsus. Sotsiaalministeeriumiga peetakse läbirääkimisi asenduskodu rajamiseks Varstu valda ning rahvusvaheliste projektide kaudu püütakse leida koostööpartnereid Toetuskeskusele Meiela kogukonnas elamise teenuse loomiseks ja töökeskuse arendamiseks.

**Marianne Hermann**

*Võrumaa Omavalitsuste Liidu  
sotsiaaltöö peaspetsialist*

## Lääne-Virumaal tähistati sotsiaaltöötajate päeva ja valiti aasta tegu

26. märtsil toimus Lääne-Viru Rakenduskõrgkoolis maakondlik sotsiaaltöötajate päeva üritus, kus maavanem Einar Vallbaum kuulutas välja Lääne-Virumaa sotsiaalvaldkonna 2012. aasta teo konkursi võitja. Selleks sai rahvusvaheline **projekt Innocare**, mis on suunatud kodudes elavate eakate elukvaliteedi parandamisele ja nende turvalisuse suurendamisele. Projekti juhib Tallinna Ülikooli Rakvere kolledž, partnerid Eestis on Lääne-Viru Rakenduskõrgkool ja Rakvere linnavalitsus. Projekti käigus viidi läbi uuring tehnoloogiliste lahenduste kohta eakate koduhoolduses, mis on kättesaadavad omavalitsustele ja peredele Eestis, Lätis ja Rootsis. Hetkel käib teenuste ja toodete testimine: Rakvere linnas pakutakse häirenuputeenust 22-le üksi elavale

eakale, kasutuses on 15 elektroonilist ravimidosaatorit ja kaks pliidivalvurit. Korraldatakse ka koolitusi hooldustöötajatele ja omastehoolkajatele ning õppereise Põhjamaadesse ja Balti riikidesse. Käib koos omastehoolkajate tugigrupp. Projekt kestab novembrist 2011 kuni detsembrini 2013. Aasta teo nominendid olid veel Lääne-Viru Rakenduskõrgkooli hooldustöö õppelabor, MTÜ Kirilill korraldatud puuetega laste suvelaager ja MTÜ Rakvere Maratoni algatatud heategevusfond Gruusia laste toetuseks. Sotsiaaltöö päeva üritus jätkus kontserdiga. Osavõtjaid tervitasid südikad laululapsed Vinni Lastepäevakodust ja duett Olli Tõnurist & Heino Preinvaldz Rakvere eakate klubist „Hämarik”. Hoolekandetasutused kostitasid omavalmistatud küpsetisega.

**Meeli Männamäe**

*LVRKK sotsiaaltöö õppetooli juhataja*

## Sotsiaaltöö päeva puhul jagati tunnustust kolleegidele ja koostööpartneritele

Märtsi- ja aprillikuu maakonnalehtedest saab lugeda sotsiaaltöö päeva puhul korraldatud tunnustamisüritustest. **Ida-Viru maavalitsus** ja omavalitsuste liit tunnustasid maakonna tublimaid sotsiaaltöö tegijaid tänavu juba kuandat korda. Maakonna parima sotsiaaltöötaja tiitli sai Jõhvi sotsiaalhoolekande osakonna juhataja Kairi Soomer, parimaks hooldustöötajaks valiti Astrid Orgulas Vaivara vallast ning parimaks lastekaitsetöötajaks Kristiina Ets Mäetaguse vallast. **Hiiumaavalitsus** tunnustas sotsiaaltöötajate päeva puhul Hiiumaa lastekaitse ühingu vabatahtlikke ning kolme ametist lahkuvat sotsiaaltöötajat – Ene Leigrit Pühalepa vallast, Sirje Laksaart Kõrgessaare vallast ja Svetlana Paomeesa Emmaste vallast. Maakonna sotsiaaltöötajatele korraldati pidulik üritus Kassari puhkekeskuses. **Saare maavalitsus** tunnustas aasta sotsiaalala töötaja 2013 tiitliga Pärsama hooldekodu sotsiaalkeskuse perenaist Urve Silda. Maavalitsusel on kujunenud traditsiooniks tunnustamise kaudu esile tõsta sotsiaalvaldkonnaga tegelevaid spetsialiste. **Rapla maavalitsus** tunnustas maakonna sotsiaaltöö tegijaid ja rahva tervise edendajaid. Juba kolmandat korda korraldatud tänuüritus leidis aset 12. aprillil Märjamaa raamatukogus. Raplamaa tervisedendaja 2013 on Rapla Vesiroosi gümnaasiumi pedagoog Pilvi Pregel, Raplamaa sotsiaaltöötaja 2013 – Rapla vallavalitsuse lastekaitse spetsialist Sirve Salu.

ESTA korraldas 19. märtsil maailma sotsiaaltöö päeva tähistamiseks piduliku ürituse Türi kultuurimajas. Sotsiaaltöötajaid tervitasid videotervituse saatnud sotsiaalminister Taavi Rõivas, Riigikogu sotsiaalkomisjoni liige Margus Tsahkna, Türi abivallavanem Üllar Vahtramäe ja ESTA eesistuja Eike Käsi. Vahva kontserdielamuse pakkusid Türi kultuurimaja noored.

Üritusel tunnustati parimaid sotsiaalala töötajaid. Tänavu esitati konkursile 23 kandidaati.

Tiitli **aasta hooldustöötaja 2012** pälvis Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskuse sotsiaalhooldaja **Pille Kasatkin**, kes tegeleb klientide iseseisva toimetuleku toetamisega.

Tiitli **aasta sotsiaaltöötaja 2012** pälvis Tallinna Vaimse Tervise Keskuse kogukonna teenuste juht **Margit Kirja**. Teda iseloomustab pühendunud suhtumine oma töösse, tähelepanelikkus oma töötajate suhtes ning suur pädevus psüühilise erivajadusega inimestega töötamisel.

Tiitli **aasta hoolekandeesutuse juht 2012** pälvis Kuresaare Haigla SA hooldekodu juhataja **Anu Kallas**, kes on juhatanud asutust 2006. aastast. Anu Kallase kindlakäelisel juhtimisel on välja kujunenud üksmeelne kollektiiv, kus kaadri voolavus on väga madal ning vaadatamata igapäevatöös ettetulevatele raskustele suudetakse säilitada rõõmsat meelt. Positiivset ellusuhtumist antakse edukalt edasi ka klientidele.

Aukirja **silmapaistva tegevuse eest ESTA liikmena 2012. aastal** sai **Marju Selg**, kes tõlkis Soome eetikakoodeksi eesti keelde ning on seda tutvustanud nii ESTA üritustel kui ka ajakirjas Sotsiaaltöö.

Aukirja **sotsiaalvaldkonna koolituste korraldamise eest 2012. aastal** sai **Tallinna Ülikooli Pedagoogilise Seminari** sotsiaaltöö ja täiendusõppe osakond.

Tiitli **elutöö tegija sotsiaalvaldkonnas** said Lea Tuulik ja Marianne Hermann.

**Lea Tuulik** töötas enne pensionile jäämist 21 aastat Saare Maavalitsuses ning kureeris Saare maakonna sotsiaalvaldkonna arengut alates Eesti taasiseseisvumisest. Lea Tuulik on oma pika karjääri jooksul teinud palju, aga ennekõike on ta soe ja suure südamega inimene, väga tore kolleeg ja toetav partner oma koostööpartneritele. Praegu juhib Lea Tuulik MTÜd Ilmasammas, kus ta korraldab maakonna eakatele mälumänge, teabepäevi jt üritusi, mis toetab nende vaimse võimekuse säilitamist.

**Marianne Hermann** töötab Võrumaa Omavalitsuste Liidus sotsiaaltöö peaspetsialistina ja on olnud sotsiaaltöö tegija juba üle 19 aasta. Marianne Hermann on olnud oma tegevusega suunanäitajaks Võrumaa valdade sotsiaaltöötajatele: tema algatusel on loodud Kääpa Sotsiaalkeskus ja Võrumaa Sotsiaaltöö Keskus ning saanud alguse mitmed sotsiaaltööd ja tervisedendust arendavad liikumised. Marianne Hermann on erksa vaimuga ja rõõmsameelne inimene, kes oma töökuse, hoolivuse ja siirusega on olnud toeks abivajajatele ja eeskujuks teistele sotsiaaltöö tegijatele.



## Teemapäevad

■ 17.04.2013 toimub Tallinna Ülikooli Pedagoogilises Seminaris (Räägu 49) Põhja-Eesti piirkonna teemapäev „Vaimse tervise probleemidega klient hoolekandes”.

■ 24.05.2013 toimub MTÜ Puuetega Laste Tugikeskuse „Päikesekiir” saalis (Sompa 5,

Jõhvi) Ida-Eesti piirkonna teemapäev „Laste huvide kaitse läbi hooldusperede toetamise.”

*Eesti Sotsiaaltöö Assotsiatsiooni tegevusest ja liikmeks astumise korrast saab üksikasjaliku ülevaate meie kodulehelt [www.eswa.ee](http://www.eswa.ee).*

Ajakirja järgmises kuues numbris käsitlevad Jean Pierre Wilken ja Hans van Ewijk sotsiaaltöö olulisi küsimusi, mida arutatakse Euroopas ka laiemalt. Nende aruteluemade ja suundumuste olemust püüavad nad tutvustada kuni kaheleheküljeliste lühiartiklitega. Autorid arvavad, et samad suundumused on äratuntavad ka Eesti sotsiaaltöö praktikas. Jean Pierre Wilken on alustamas tööd külalisprofessorina Tallinna Ülikooli sotsiaaltöö instituudis ning Hans van Ewijk on Tartu Ülikooli külalisprofessor alates 2005. aastast.

Esimeses artiklis tuleb Hans välja tähelepanekuga, et paljudes riikides on pöördutud tagasi oma kogukonnaga seotud laia profiiliga sotsiaaltöötaja poole. Selles nähakse lahendust sotsiaalvaldkonnas ja hoolekandes toimunud liigsele killustumisele ja spetsialiseerumisele.

## Sotsiaaltöötaja kui tark inimene



**Hans van Ewijk**

*University for Humanistic Studies, Utrecht (Holland)*

Oma artiklis, mis kritiseerib tõenduspõhist sotsiaaltööd, ütleb Malcolm Payne otse: „Ma väidan siinkohal, et sotsiaaltöö praktika praegustes tingimuses on vaja pigem laia profiiliga „tarka inimest”, kes oleks võimeline vahendama teadmisi ja arutlema nende üle, kui sellist inimest, kes täidab rangelt teadusuuringute jäiku ettekirjutusi” (2009, 81). See kirjeldus annab hästi edasi suundumust, mis tundub toimivat kogu Euroopas: naastakse tava- ehk üldprofiiliga sotsiaaltöötaja juurde, kes ei keskendu sekkumistele ja teenustele, vaid hoopis sellele, et juhendada ja toetada neid inimesi, kellel on postmodernses ühiskonnas raskusi osalemise ja enda juhtimisega. Prantsusmaal arutatakse selle üle, kas me ikka vajame kitsalt sotsiaaltöö spetsialisti või pigem „sotsiaalset sekkujat”, kellel võib isegi olla teistsugune professionaalne taust (Erath ja Littlechild 2009). Minu kodumaal Hollandis võib poliitikakujundajate ja sotsiaaltöö ekspertide hulgas märgata tugevat survet laiendada sotsiaaltöö kui professioni tegevusulatust ja muuta see veelgi üldisemaks. Sotsiaaltöötaja sarnaneb väga Schöni kirjeldatud „soos sumpava töötajaga” (ingl. k *swamp worker*, 1983, 42–43). Selle mõiste all peab ta silmas esmatasandi töötajat, kes puutub inimestega otse kokku ja kellel tuleb teha rasket tööd keerulistes olukordades ilma ette ennustavate lahendusteta.

Schön arvas, et me peaksime liikuma kõrget positsiooni omava „professionaali kui eksperdi” juurest „tavakodanikust professionaali” juurde, kes püüab leida võimalusi olukorra parandamiseks ja võitleb selle eest käsikäes kodanikega, kellel on teatud vajadused – kas materiaalsed, nagu vajadus saada tööd, rahalist toetust, vabaneda võlgadest, või mittemateriaalsed, nagu vajadus lahendada probleeme laste kasvatamisel, tulla toime terviseprobleemiga, sõltuvusega, argielu muredega (1983, 340–343). Jordan räägib sotsiaaltöötajast kui täiuslikust sõbrast (1984, 26), mina aga nimetan teda „professionaalseks sõbraks” – olen õppinud seda Rootsi teadlastelt (van Ewijk 2012, Bergren 2010). Terminit „professionaalne sõber” on mõnikord



valesti tõlgendatud, kuid see rõhutab asjaolu, et sotsiaaltöötaja peab olema väga professionaalne oma teadmistelt ja oskustelt, kuid samas ka inimesele lähedane ja usaldusväärne. Tsiteerides Payne'i: „Vastata sotsiaalsetele raskustele sellega, et ollakse tark inimene, ongi see, milles sotsiaaltöö seisneb.” (2009, 82). Payne räägib meisterlikkusest, vaiketeadmistest ja improvisatsioonist. Sotsiaaltöö on kombinatsioon asjatundlikkusest, suhtlemisest ning mõistmise ja õigesti tegutsemise kunstist. Sotsiaaltööle on iseloomulik, et suurem osa tööst toimub ainulaadsetes tingimustes, kus tegevust on väga raske prognoosida. Ühelt poolt on sotsiaaltöötaja professionaalne ülimalt pragmaatiline, kuid teisalt nõuab ka suurepäraseid võimeid ja omadusi, et saavutada side klientidega, teha kindlaks probleemid ning leida kliendile väljapääs tihti küllalt segasest olukorrast. Sotsiaaltöötaja on professionaal, kes asub teiste „vahel” – sotsiaalpoliitika ja kliendi olukorra vahel; kliendi ning institutsioonide ja süsteemide vahel; kliendi ja tema konteksti, nagu pere, töökoha, noortegrupi või naabruskonna vahel. Sotsiaaltöötaja asub sotsiaaltööle esitatavate nõuete, olukordade keerukuse ja oma pädevuse kolmnurgas (Noordegraaf 2009). Ühiskond ja tihti ka kliendid esitavad sotsiaaltöötajale nõude, et ta „teeks midagi”, isegi kui lahendusi pole käepärast ja olukorra paranemist on raske eeldada (*ibid*) – ning et ta teeks seda tulemuslikult, kulutõhusalt, nõuetekohaselt, parima tõenduse põhjal ja parimat sekkumisviisi kasutades lühikese aja jooksul (Sheldon ja Macdonald 2009). Keerukus on tavaline olukord – nii inimeses endas kui ka teda ümbritsevas maailmas. Sellest ei ole suurt kasu, kui püüame olukorra keerukust oluliselt vähendada, kuna sel ei pruugi olla ainult üks põhjus ega pole sellele leida ka lihtsat lahendust. Olukorra keerukus on muistrite ja kaose tervik, ja sellega toimetulek eeldab, et sotsiaaltöötaja seda tunnistaks ja sellest lugu peaks. Kolmanda nurgana nimetatud pädevus viitab vaiketeadmistele, reflektiivsusele ja meisterlikule oskusele tegutseda keerulistes olukordades, et vastata õigustatud nõuetele asjakohastel viisil. Kui nõuded aina kasvavad ja olukordade keerukus suureneb, siis peab ka sotsiaaltöötaja pädevus kasvama. Seetõttu on „tänapäevases sotsiaaltöö arutelus jõutud seisukohale, et vajatakse uuringute tulemustest huvitatud ja reflektiivset praktikut, kes on varustatud laialtulatavate teaduspõhiste teadmistega olukordade seletamiseks” (Otto 2009, 11). See laia profiiliga tark professionaal, kes tegutseb keerulistes olukordades ja püüab neist midagi head luua, erineb terapeutist, kes tegeleb enamasti spetsiifilise teraapiaga, mis järgib suuremal või vähemal määral diagnoosil põhinevaid juhiseid ja on võimalusel tõenduspõhine ning töötab kindlal ajal, kohas ja kindla sekkumise abil.

*Tõlkinud Inga Mölder*

## Viidatud allikad

- Berggren, U. J.** (2010). Personligt ombud och förändringsprocesser på det socialpsykiatriska fältet. Göteborg: Linnaeus University Press.
- Erath, P., Littlechild, B.** (toim.) (2010). Social work across Europe. Accounts from 16 countries. University of Ostrava / ERIS.
- Jordan, B.** (1984). Invitation to Social Work, Oxford: Martin Robertson.
- Noordegraaf, M.** (2009). Managing by measuring? Professional organizing in and around public service delivery. Teoses: Otto, H. U., Polutta, A., Ziegler, H. (toim.) (2009). Evidence-based practice – modernizing the knowledge base of social work? Leverkusen Opladen: Barbara Budrich, 185–209.
- Otto, H. U., Polutta, A., Ziegler, H.** (2009). Struggling through to find what works: Evidence-based practice as a challenge for social work. Teoses: Otto, H. U., Polutta, A., Ziegler, H. (toim.) (2009). Evidence-based practice – modernizing the knowledge base of social work? Leverkusen Opladen: Barbara Budrich, 9–16.
- Payne, M.** (2009). Knowledge, evidence and the wise person of practice: the example of social work and social care in palliative care. Teoses: Otto, H. U., Polutta, A., Ziegler, H. (toim.) (2009). Evidence-based practice – modernizing the knowledge base of social work? Leverkusen Opladen: Barbara Budrich, 77–94.
- Sheldon, B., Macdonald, G.** (2009). A textbook of social work. Abingdon: Routledge.
- Schön, D. A.** (1983). The reflective practitioner. How professionals think in action. New York, N.Y.: Basic Books.
- Van Ewijk, H.** (2012). Concentration in the social zone. Teoses: Ewijk, H. van, Eijken, J. van, Staatsen, H. (toim.). A good Society is more than just a private affair. Citizenship based social work in practice. *Studies in comparative social pedagogies and international social work and social policy*. XXI. Bremen: EVH, 42–57.



# Vajaduspõhine peretoetus ja sellega seotud muudatused



**Kaili Didrichson**  
sotsiaalministeeriumi hoolekande osakonna analüütik

Eelolev suvi toob endaga olulise muudatuse peretoetuste maksmises: lisaks üldisele lapsetoetusele tekib madalama sissetulekuga lastega peredel õigus saada vajaduspõhist peretoetust (edaspidi VPPT). VPPT on vast olulisim, kuid mitte ainus muudatus, mille Riigikogu kehtestas eelmise aasta lõpul vastu võetud seadusega.

## Suvekuudel jõustuvad muudatused

Riigikogu võttis eelmise aasta 12. detsembril vastu riiklike peretoetuste seaduse, sotsiaalhoolekande seaduse ning tööturuteenuste ja -toetuste seaduse muutmise seaduse. Peamised muudatused, mis seadus endaga kaasa toob, on järgmised:

- VPPT kehtestamisega tekib vajaduspõhise peretoetuse sissetulekupiirist allpool elavatel lastega peredel õigus saada täiendavat toetust, mille suurus on alates käesoleva aasta 1. juulist kuni 2014. aasta lõpuni ühe lapsega perele 9,59 eurot kuus ning kahe ja enama lapsega perele 19,18 eurot kuus. Alates 2015. aastast toetus kahekordistub, olles 19,18 eurot kuus ühe lapsega perele ning 38,36 eurot kuus kahe ja enama lapsega perele.

- Kõigil kolme ja enama lapsega peredel tõuseb kolmanda ja iga järgmise lapse kohta makstav lapsetoetus. Kui praegu on see toetus 57,54 eurot lapse kohta, siis alates 1. juulist tõuseb see kahe lapsetoetuse määra ehk 19,18 euro võrra ehk 76,72 euroni kuus. Alates 2015. aastast suureneb kolmanda ja enama lapse toetus 95,9 euroni kuus.

- Alates 1. juunist 2013 tekib peretoetuse taotlemise õigus ka last kasvatava vanaema abikaasal (selleks ei ole vaja kohaliku omavalitsuse korraldust). See tähendab, et kärghperes, kus vanemad on abielus ja mõlemad vanemad saavad lapsetoetust oma varasemast kooselust või ka ühiste laste eest, tekib võimalus vormistada üks vanematest peretoetuste saajaks, mis võimaldab lapsed peres kokku liita. See omakorda annab õiguse saada suuremat lapsetoetust alates kolmandast lapsest peres või lapsehooldustasu 3–8-aastaste laste eest.

- Kolmikute ja suurema arvu mitmikute sünni ühekordne sünnitoetus tõuseb alates 1. juulist praeguselt 320 eurolt 1000 eurole lapse kohta. Seega kolmikute sünnitoetus hakkab olema 3000 eurot, nelikutel 4000 eurot jne.

- 16-aastastele ja vanematele põhikooli lõpetajatele, aga ka neile põhikooli lõpetajatele, kes saavad enne uue õppeaasta algust 16-aastaseks, kehtestatakse erisäte, mille kohaselt makstakse peretoetusi edasi ka suvekuude (juuli ja augusti) eest.

- VPPTd, samuti lisanduvat osa kolmanda ja enama lapse lapsetoetusest (lisanduva osa suurus on alates 1. juulist 19,18 eurot ning

alates 2015. aastast 38,36 eurot) ei arvata toimetulekutoetuse arvestamisel perekonna sissetulekute hulka.

Nimetatud muudatused tulenevad valitsusliidu programmi peatüki „Peresõbralik riik” punktist 2a, mille kohaselt peab peretoetuste maksimisel „edaspidi kehtima põhimõte, et toetatakse rohkem neid, kes reaalselt rohkem abi vajavad ja kel on rohkem lapsi”. Seega eesmärgiks on toetada lasterikkaid peresid ning vaesuses elavaid peresid, vähendades sellega lastega perede vaesust või ennetades nende vaesusesse langemist.

### Kui paljusid lapsi ja peresid muudatused mõjutavad?

Statistikaameti andmetel elas 2010. aastal 0–17-aastastest lastest allpool suhtelise vaesuse piiri 19,5% lastest ehk hinnanguliselt umbes 48 000 last. VPPT sissetuleku- piiri aluseks 2013. aastal on just 2010. aasta suhtelise vaesuse piir. 2011. aastal vähenes 0–17-aastaste suhtelises vaesuses elavate laste protsent 17%-ni (hinnanguliselt umbes 42 000 last).

Suhtelises vaesuses elavate lastega leibkondade osakaal vähenes võrreldes 2010. aasta 18 protsendilt 16,3%-ni 2011. aastal. Laste

olukord on paranenud peamiselt tänu vanemate sissetulekute suurenemisele. Sarnaselt eelnevate aastatega oli ka 2011. aastal suhteline vaesus kõige suurem ühe vanemaga leibkondades, kus elas üks või mitu last (32,6%) ning kolme ja enama lapsega leibkondades (21,2%). Siinkohal on lastega leibkondadena arvestatud leibkondi, milles on vähemalt üks alla 18-aastane laps või 18–24-aastane leibkonnaliige, kes elab koos oma vanema(te)ga ning kelle peamine sotsiaalne seisund on mitteaktiivne.

Sotsiaalkindlustusameti andmetel sai 2012. aasta lõpu seisuga kolmanda ja järgneva lapse lapsetoetust 21 519 last ja seda toetust maksti kokku 16 562 perele.

Sellest, kuidas on viimastel aastatel lapsetoetust makstud, annavad ülevaate tabelid 1 ja 2.

Statistikaameti andmetel sündisid 2011. aastal Eestis kolmikud viiel korral, aasta varem neljal korral. Kõige enam, kümnel korral, sündis kolmikuid 2007. aastal.

**Põhikooli lõpetajaid, kes ei jätkanud õpin- guid**, oli Sotsiaalkindlustusameti andmetel 2011/2012. õppeaastal 191 (2010/2011. õppeaastal 128). Kui arvestada, et haridus- ja teadusministeeriumi andmetel oli 2011/2012. aastal põhihariduse omandajaid kokku

**Tabel 1. Lapsetoetust saanud lastega perede arv aasta lõpus, 2007–2012**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
ühe lapsega pered	104 941	102 144	98 944	95 985	92 702	90 102
kahe lapsega pered	55 077	54 478	54 093	54 084	54 042	53 755
kolme ja enama lapsega pered	16 494	16 336	16 368	16 473	16 565	16 562
<b>lapsetoetust saanud perede arv kokku</b>	<b>176 512</b>	<b>172 958</b>	<b>169 405</b>	<b>166 542</b>	<b>163 309</b>	<b>160 419</b>

Allikas: Sotsiaalkindlustusamet, sotsiaalministeeriumi arvutused

**Tabel 2. Lapsetoetuse saajad lapsetoetuse liigi järgi aasta lõpu seisuga, 2007–2012**

Saanud lapsetoetust	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>kokku</b>	<b>270 087</b>	<b>265 418</b>	<b>261 443</b>	<b>258 695</b>	<b>255 522</b>	<b>252 255</b>
esimesele lapsele	176 512	172 958	169 405	166 542	163 309	160 419
teisele lapsele	71 571	70 814	70 461	70 557	70 607	70 317
kolmandale ja järgmisele lapsele	22 004	21 646	21 577	21 596	21 606	21 519

Allikas: Sotsiaalkindlustusamet

12 129, siis võib öelda, et ligikaudu 1,6% põhikooli lõpetajatest ei jätanud õpinguid. Alates käesoleva aasta suvest saavad ka need põhikooli lõpetajad lapsetoetust juuli- ja augustikuu eest.

2012. aastal sai **toimetulekutoetust** kokku 6788 lastega peret, neist 1253-s kasvas kolm või enam last. Asjaolu, et VPPTd ning kolmanda ja järgmise lapse lapsetoetust kahe lapsetoetuse määra ulatuses ei arvata toimetulekutoetuse arvestamisel perekonna sissetulekute hulka, tähendab nende perede jaoks sissetuleku tõusu.

## Vajaduspõhine peretoetus

Kohalike omavalitsuste jaoks on neist muudatustest kindlasti kõige olulisem VPPTga seonduv, sest seda toetust hakkavad määrama ja välja maksuma valla- ja linnavalitsused. Seetõttu peatun pikemalt just sellel toetusel. Esiteks tuleb rõhutada, et uue toetuse lisandumisega jäävad kehtima kõik senised peretoetused, mille määramise otsustab Sotsiaalkindlustusamet, kusjuures ühegi toetuse suurust ei vähendata. Universaalselt ehk üldiselt makstavatele peretoetustele lisandub perekonna sissetulekust sõltuv peretoetuste liik – vajaduspõhine peretoetus (VPPT). VPPT tuleb taotleda kohalikust omavalitsusest, kus inimene elab.

Teistest peretoetustest eristab VPPTd ka see, et selle taotlemist, määramist ja maksmist reguleerib põhiliselt sotsiaalhoolekande seadus (§ 22<sup>5</sup>–22<sup>8</sup>), mitte riiklike peretoetuste seadus. Seda toetust hakatakse menetlema sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregistris (STAR).

Kui kohalik omavalitsus leiab, et perekonnal on õigus saada VPPTd, määratakse toetus korraga kolmeks taotlemisele järgnevaks kuuks. Perekonnal on õigus VPPTle siis, kui ta vastab kahele tingimusele:

- 1) perekonnas on üks või mitu lapsetoetust saavat last,
- 2) perekonna sissetulek jääb allapoole suhtelise vaesuspiiri, st perekonna taotlemise eelneva kolme kuu keskmine kuine netosissetulek on väiksem kui VPPT sissetulekupiir.

## Vajaduspõhise peretoetuse sissetulekupiir

VPPT sissetulekupiiri perekonna esimese liikme kohta kehtestab Riigikogu igaks eelarveaastaks riigieelarvega, võttes aluseks Statistikaameti poolt eelarveaastale eelneva aasta 1. märtsiks avaldatud suhtelise vaesuse piiri. Perekonna teiste liikmete VPPT sissetulekupiir sõltub perekonnaliikme vanusest.

**Igale järgnevale vähemalt 14-aastasele perekonnaliikmele on VPPT sissetulekupiir 50%** ja igale alla 14-aastasele pereliikmele 30% perekonna esimese liikme sissetulekupiirist. Lapse puhul, kes saab VPPT taotlemise kuul 14-aastaseks, rakendatakse perekonnale soodsamat varianti ehk selle lapse sissetulekupiiriks loetakse samuti 50% esimese pereliikme sissetulekupiirist. Kui aga laps saab 14-aastaseks näiteks VPPT taotlemisele järgneval kuul, siis loetakse lapse sissetulekupiiriks 30% ning tehakse otsus toetuse määramise kohta sellest lähtudes. Seega perekonna koosseisu ja perekonnaliikmete vanuse kindlaksmääramisel tuleb lähtuda selle kuu andmetest, mil perekond taotleb VPPT, sh peavad lapsed toetuse taotlemise kuul olema lapsetoetuse saajad.

Käesoleva aasta VPPT sissetulekupiiri kehtestamisel on aluseks võetud 1. märtsiks 2012 Statistikaameti avaldatud suhtelise vaesuse piir. Vastavalt 2013. aasta riigieelarve seadusele on VPPT **sissetulekupiir 2013. aastal perekonna esimesele liikmele 280 eurot kuus. See tähendab, et igale järgnevale vähemalt 14-aastasele perekonnaliikmele on VPPT sissetulekupiir käesoleval aastal 140 eurot kuus ning igale alla 14-aastasele perekonnaliikmele 84 eurot kuus.** Näiteks neljaliikmelise perekonna puhul, kus on kaks täiskasvanut, üks 15-aastane laps ning üks 10-aastane laps, on VPPT sissetulekupiiriks 2013. aastal 644 eurot (280 + 140 + 140 + 84). Seega on sellise koosseisuga neljaliikmelisel perekonnal 2013. aastal õigus VPPTle juhul, kui perekonna keskmine netosissetulek taotlemisele eelneval kolmel kuul on olnud väiksem kui 644 eurot kuus.

Käesoleva aasta 1. märtsiks avaldatud suhtelise vaesuse piir, mis võetakse aluseks 2014.

aasta VPPT sissetulekupiiri kehtestamisel perekonna esimesele liikmele, on 299 eurot. Seega kirjeldatud 4-liikmelise perekonna puhul, kus elab kaks täiskasvanut, üks 15-aastane laps ja üks 10-aastane laps, on järgmisel aastal VPPT sissetulekupiiriks juba 687,7 eurot kuus ( $299 + 149,5 + 149,5 + 89,7$ ). Nagu juba nimetatud, on VPPT sissetulekupiiri aluseks võetud rahvusvahelisel metoodikal põhinev suhtelise vaesuse piir. Eestis arvestatakse sarnaselt teiste Euroopa Liidu riikidega suhtelise vaesuse piirina 60% elanikkonna sissetulekute mediaanist tarbimiskaalude 1:0,5:0,3 korral<sup>1</sup>. Tarbimiskaale kasutatakse sissetuleku arvutamisel selleks, et võtta arvesse eri vanuses leibkonnaliikmete erinevat tarbimist ja ühistarbimisest saadavat säästu. Esimese täiskasvanud leibkonnaliikme tarbimiskaalu indeks on 1, iga järgmise täiskasvanu oma 0,5 ja alla 14-aastase lapse oma 0,3. Selleks et saada teada, kas leibkonna sissetulek jääb allapoole suhtelise vaesuse piiri, tuleb suhtelise vaesuse piir korrutada tarbimiskaaluga (OECD skaala 1:0,5:0,3). Eesti 2020 strateegia üks eesmärke on vähendada suhtelise vaesuses elavate inimeste osakaalu.

## Toetuse suurus

VPPT suurus sõltub lapsetoetust saavate laste arvust peres. Kui perekonnas on üks lapsetoetust saav laps, siis makstakse VPPTd alates käesoleva aasta 1. juulist ühe lapsetoetuse määra ulatuses ehk 9,59 eurot kuus. Kui lapsetoetust saavaid lapsi on kaks või rohkem, siis on VPPT 19,18 eurot kuus (ehk kahekordne lapsetoetuse määr). Alates 1. jaanuarist 2015 VPPT suurus kahekordistub, st toetus hakkab olema 19,18 eurot kuus perekondadele, kus kasvab üks lapsetoetust saav laps ning 38,36 eurot kuus perekondadele, kus kasvab vähemalt kaks lapsetoetust saavat last. Siinkohal on vaja teada, et VPPT makstakse üksnes nende perekonda kuuluvate laste eest, kelle eest mõni perekonnaliige saab riiklike peretoetuste seaduse alusel

makstavat lapsetoetust (st on lapsetoetuse taotleja).

## Perekonna koosseis ja sissetulekute arvestamine

Perekonna koosseisu arvestamisel lähtutakse üldiselt samadest põhimõtetest, nagu toimetulekutoetuse puhul. See tähendab, et perekonna liikmeteks loetakse abielus või abielulistes suhetes olevad samas eluruumis elavad isikud, nende abivajavad lapsed ja vanemad või muud üht või enam tuluallikat ühiselt kasutavad või ühise majapidamisega isikud. Perekonna koosseisu arvatakse ka päevases õppes õppivad õpilased ja üliõpilased juhul, kui nende rahvastikuregistrisse kantud elukoha aadressiandmed langevad kokku perekonna elukoha aadressiandmetega. Erinevalt toimetulekutoetuse määramisest loetakse aga VPPT määramisel perekonnaliikmeteks ka need õpilased, kelle rahvastikuregistri järgne elukoha aadress ei lange kokku teiste pereliikmetega omaga, kuid kelle eest on pereliige taotlenud riiklike peretoetuste seaduse alusel lapsetoetust. Juhul kui laps on ise endale lapsetoetust taotlenud (laps võib ise endale peretoetust taotleda ainult juhtudel, mis on seotud vanemliku hoolitsuseta jätmisega), siis sellist õpilast perekonna koosseisu ei arvata.

Perekonna sissetulekute hulka arvatakse täpselt samasugused sissetulekud nagu toimetulekutoetuse puhul. Erinevus seisneb vaid selles, et kui toimetulekutoetuse arvestamisel võetakse üldjuhul aluseks perekonna eelmise kuu sissetulek, siis VPPT puhul toetuse taotlemisele eelnenud kolme kuu sissetulek. Erandid, mis sissetulekuid (nii toimetulekutoetuse kui ka vajaduspõhise peretoetuse puhul) perekonna sissetulekute hulka ei arvata, on loetletud sotsiaalhoolekande seaduse § 22<sup>2</sup> lõikes 2. Alates käesoleva aasta suvest lisanduvad erandite hulka VPPT ning kahe lapsetoetuse määra suurune osa kolmanda ja järgneva lapse lapsetoetusest iga nimetatud toetust saava lapse kohta.

<sup>1</sup> See tähendab, et leibkonna kõigi liikmete netosissetulekud liidetakse ning jagatakse leibkonnaliikmete tarbimiskaalude summaga. Mediaani leidmiseks järjestatakse leibkonnaliikmed tarbimiskaaludega jagatud netosissetuleku järgi kasvavasse ritta. Mediaan on rea keskmine väärtus (st pooled väärtused jäävad sellest ülespoole ja pooled allapoole), seega on suhtelise vaesuse piir 60% mediaani väärtusest.

## Vajaduspõhise peretoetuse taotlemine

Erinevalt riiklike peretoetuste seaduse alusel makstavatest peretoetustest tuleb VPPTd taotleda kohalikust omavalitsusest, st valla- või linnavalitsusest, mille halduspiirkonnas pere elab.

Võimalus taotleda VPPTd tekib alates käesoleva aasta juunist. **Avaldust toetuse saamiseks saab esitada kogu kuu jooksul.** Kuigi esialgu oli plaanis määrata VPPT taotlemise tähtajaks sarnaselt toimetulekutoetusega kuu 20. kuupäev, tegi Eesti Linnade Liit ettepaneku võimaldada avalduse esitamist VPPT saamiseks kogu kuu jooksul. Põhjenduseks toodi, et see vähendab erinevate KOV makstavate toetuste taotlemise kuhjumist samasse ajaperioodi, ennetab järjekordi ja hajutab ühtlasemalt töötajate töökoormust. Riigikogu võttis selle ettepaneku arvesse, mistõttu ongi sotsiaalhoolekande seaduses kirjas, et avaldus tuleb esitada hiljemalt kuu viimaseks tööpäevaks. Kohalikel omavalitsustel on endiselt võimalik ise määrata vastuvõtuaegu toetuse taotlejatele, kuid seadus ei piira avalduse esitamise kuupäeva.

VPPT taotlejaks saab olla see perekonna liige, kellele makstakse perekonna liikmete hulka kuuluva lapse või laste eest riiklike peretoetuste seaduse alusel lapsetoetust. Seega peab kohaliku omavalitsuse poole pöörduma see lapsevanem, kes on taotlenud ka lapsetoetust (olenemata sellest, kelle arvelduskontole lapsetoetus laekub).

**Perekonna peale saab esitada ainult ühe avalduse.** Seega kui tegemist on näiteks kärgperega, kus mõlemad vanemad saavad perekonna hulka kuuluva ühe või mitme lapse eest lapsetoetust, peavad nad omavalitsusele kokku leppima, kes neist esitab avalduse VPPT saamiseks. Avaldusele tuleb märkida kõigi perekonnaliikmete nimed ja isikukoodid või sünniajad. Avaldusele tuleb lisada dokumendid, mis tõendavad perekonnaliikmete netosissetulekuid avalduse esitamisele eelnenud kolmel kuul, elatise maksmise korral ka selle suurus. Kui mõnda sissetulekut ei ole võimalik dokumentaalselt tõendada, kinnitab toetuse taotleja selle suurus oma allkirjaga.

## Toetuse määramine ja maksmine

VPPT määramisel on lisaks perekonna kolme eelneva kuu põhjal arvutatud VPPT sissetulekupiirile oluline, et **perekonnaliikmete hulka kuuluv laps või lapsed oleksid toetuse taotlemise kuul lapsetoetuse saajad.** Kui perekond vastab toetuse saamise tingimustele, määratakse VPPT kolmeks avalduse esitamisele järgneva kuuks. Näiteks perekonna puhul, kes tuleb VPPTd taotlema juunis, tuleb VPPT sissetulekupiir teha kindlaks perekonna märtsi-, aprilli- ja maikuu sissetulekute põhjal ning kui selgub, et perel on õigus toetusele, tehakse otsus toetuse määramise kohta juuli-, augusti- ja septembrikuuks. See tähendab, et perekond saab VPPTd neil kolmel kuul vastavalt laste arvule peres kas 9,59 või 19,18 eurot kuus. Selleks et toetuse saamisesse ei tekiks n-õ auku, tuleb uus avaldus esitada valla- või linnavalitsusele viimasel toetuse saamise kuul (toodud näite puhul septembris).

Sotsiaalhoolekande seadus annab kohalikele omavalitsusele võimaluse jätta VPPT määramata, kui toetuse taotlejal või tema eestkostetaval on õigus saada elatist, kuid elatise saamise kohta ei esitata dokumenti või keeldutakse elatise sissenõudmisest. Tegemist on omavalitsusele antud kaalutusotsusega.

Otsus VPPT määramise kohta tuleb teha **kümne tööpäeva jooksul** pärast kõigi otsuse tegemiseks vajalike dokumentide esitamist. See tähendab näiteks septembris esitatud taotluse korral seda, et kui perekonnaliikmete hulka kuulub laps, kes lõpetas kevadel põhikooli, siis otsuse tegemiseks on vaja teada (ehk vajadusel ära oodata), kas laps on septembrikuus lapsetoetuse saaja või mitte. VPPT tuleb välja maksta igal avalduse esitamise kuule järgneval kolmel kuul hiljemalt 20. kuupäevaks. Seega kui pere tuleb juunikuu jooksul VPPT taotlema, on kohalikul omavalitsusel võimalik teha esimene väljamakse vahemikus 1.–20. juulini. VPPT makstakse välja igal kuul eraldi, mitte kolme kuu eest korraga. Kui toetuse taotleja ei nõustu kohaliku omavalitsuse otsusega, on tal õigus esitada vaie maavanemale.



## Kuidas käib VPPT taotlemine ja määramine?

VPPT-le õigustatud perekond	<p>Perekond peab vastama kahele tingimusele:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- perekonnas on üks või mitu lapsetoetust saavat last</li> <li>- perekonna keskmine kuu netosissetulek taotlemisele eelneval kolmel kuul jääb alla VPPT sissetulekupiiri</li> </ul>
VPPT sissetulekupiir	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sissetulekupiiri perekonna esimesele liikmele kehtestab Riigikogu riigieelarvega, võttes aluseks Statistikaameti poolt eelarveaastale eelneva aasta 1. märtsiks avaldatud suhtelise vaesuse piiri.</li> <li>■ Perekonna järgmiste liikmete sissetulekupiiri suurus sõltub pereliikmete vanusest: <ul style="list-style-type: none"> <li>- perekonna teise ja järgmise vähemalt 14-aastase pereliikme (k.a taotlemise kuul 14-aastaseks saava lapse) sissetulekupiir on 50% esimese liikme sissetulekupiirist</li> <li>- perekonna teise ja järgmise alla 14-aastase pereliikme sissetulekupiir on 30% esimese liikme sissetulekupiirist</li> </ul> </li> <li>■ Perekonna VPPT sissetulekupiiri teadasaamiseks tuleb liita pereliikmete sissetulekupiirid.</li> </ul>
VPPT sissetulekupiiri suurus 2013. aastal	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Perekonna esimene liige – 280 eurot kuus</li> <li>■ Perekonna teine ja järgmine vähemalt 14-aastane pereliige – 140 eurot kuus</li> <li>■ Perekonna teine ja järgmine alla 14-aastane pereliige – 84 eurot kuus</li> </ul>
VPPT suurus	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ühe lapsega perele: 9,59 eurot kuus (alates 2015. aastast 19,18 eurot kuus)</li> <li>■ Kahe ja enama lapsega perele: 19,18 eurot kuus (alates 2015. aastast 38,36 eurot kuus)</li> </ul> <p>VPPT suuruse arvestamisel võetakse aluseks ainult need lapsed, kelle eest pereliige on taotlenud lapsetoetust riiklike peretoetuste seaduse alusel.</p>
Perekonna koosseis VPPT	<p>Abielus või abielulistes suhetes olevad samas eluruumis elavad isikud, nende abivajavad lapsed ja vanemad või muud üht või enamat tuulialliikat ühiselt kasutavad või ühise majapidamisega isikud; päevases õppes õppivad õpilased ja üliõpilased juhul, kui nende rahvastikuregistrisse kantud elukoha aadressiandmed langevad kokku perekonna elukoha aadressiandmetega; õpilased, kelle rahvastikuregistri järgne elukoha aadress ei lange kokku teiste pereliikmetega omaga, kuid kelle eest on pereliige taotlenud riiklike peretoetuste seaduse alusel lapsetoetust.</p>
Sissetulekute arvestamine	<p>Lähtutakse samadest sissetulekutest, nagu toimetulekutoetuse puhul (erandid on välja toodud sotsiaalhoolekande seaduse § 22<sup>2</sup> lõikes 2). Aluseks võetakse taotlemisele eelneva kolme kuu sissetulekud (ja makstud elatise suurus), mille põhjal saadakse teada keskmine kuine sissetulek.</p>
VPPT taotleja	<p>VPPTd on õigus taotleda isikul, kellele makstakse perekonna liikmete hulka kuuluva lapse või laste eest lapsetoetust riiklike peretoetuste seaduse alusel. Kui perekonnas on mitu isikut, kes saavad pereliikmete hulka kuuluvate laste eest lapsetoetust, saab toetust taotleda siiski ainult üks isik (st isikud peavad omavahel kokku leppima, kes avalduse toetuse saamiseks esitab).</p>
VPPT taotlemine	<p>Avaldus tuleb esitada hiljemalt kuu viimaseks tööpäevaks valla- või linnavalitsusele, kelle halduspiirkonnas isik alaliselt või püsivalt elab.</p>
VPPT määramine	<p>Otsus toetuse määramise kohta tuleb teha 10 tööpäeva jooksul pärast otsuse tegemiseks vajalike dokumentide esitamist. Toetus määratakse perele kolmeks toetuse taotlemisele järgneva kuuks (igal kuul eraldi, mitte korraga).</p>

Teatavasti teostab maavanem või tema volitatud isik ka järelevalvet riigi poolt hooldekandeks sihtotstarbeliselt eraldatud raha kasutamise üle.

## Vajaduspõhise peretoetuse maksmiseks eraldatav raha ja STAR

Kohalikele omavalitsustele eraldatakse raha VPPT maksmiseks riigieelarvest. Vastavalt valitsuse määrusele<sup>2</sup> on 2013. aastaks VPPT maksmiseks kavandatud kokku 2,6 mln eurot. Lisaks eraldatakse omavalitsustele sama määruse alusel 169 897 eurot toetuse maksmise korraldamisega seotud kulude hüvitamiseks.

Aprillikuu lõpuks on plaanis lõpetada STARi arendustööd, et mais toimuvatel STAR koolitustel saaks käsitleda ka VPPTga seonduvat.

Kuivõrd VPPT määramine STARis ei erine tehniliselt oluliselt teistest sotsiaaltoetustest, siis ei ole plaanis korraldata eraldi VPPT teemalisi koolitusi. Abiks kogenud sotsiaaltöötajatele koostatakse videokoolitusmaterjal ja ekraanipiltidega juhendmaterjalid, samuti luuakse test- ja koolituskeskkond. Uued sotsiaaltöötajad saavad aga osaleda üldisel STARi koolitusel, lisaks pakub sotsiaalministeerium STARi jätkuarenduste koolitusi neile sotsiaaltöötajatele, kes tunnevad, et vajavad täiendavat arvutikoolitust.

## Lõpetuseks

Õeldakse, et igasugused muudatused põhjustavad esialgu mõningast rahulolematust. Loodame siiski, et VPPT rakendumine sujub ilma suuremate probleemideta.

## Vajaduspõhise peretoetuse saajate ringi soovitakse laiendada

**Sotsiaalministeerium tegi valitsusele ettepaneku laiendada vajaduspõhise peretoetuse saajate ringi nii, et seda makstaks kõigile toimetulekutoetust saavatele lastega peredele.**

„Valitsus, sotsiaalministeerium ja omavalitsused peavad tegema kõik, mis võimalik, et laste vaesuse vähenemine jätkuks,“ ütles sotsiaalminister Taavi Rõivas. „Just seetõttu hakkab käesoleva aasta suvest kehtima vajaduspõhine peretoetus, mille tulemusena julgen ennustada suhtelises vaesuses elavate laste arvu märgatavat langemist. Oleme seisukohal, et selle toetuse saajate hulka peaksid kuuluma kõik toimetulekutoetust saavad lastega pered. Soovime leida ka tehniliselt parima lahenduse, mis ei tooks sotsiaaltöötajatele kaasa täiendavat töökoormust ega vajaks suuri arendustöid,“ lisis ta valitsusele samasisulise eelnõu seisukohta esitades. Kuivõrd vajaduspõhise peretoetuse sissetulekupiir on tunduvalt suurem kui toimetulekupiir, siis üldjuhul on toimetulekutoetust saavatel lastega peredel õigus saada ka vajaduspõhist peretoetust. Olukordi, kus lastega pere saab toimetulekutoetust, kuid tal ei oleks õigust saada vajaduspõhist peretoetust, esineks vaid üksikutel juhtudel. Samas ka neid lastega perekondi võiks riik täiendavalt toetada.

*Allikas: sotsiaalministeeriumi pressiteade 12.04.2013*

<sup>2</sup> Vabariigi Valitsuse 13.02.2013 määrus nr 26 „2013. aasta riigieelarve seaduses kohaliku omavalitsuse üksustele määratud tasandus- ja toetusfondi jaotus ning jaotamise ulatus, tingimused ja kord“



# Sõltuvuses alaealistele arendatakse sõltuvusvastase taastusabi süsteemi

**Ene Augasmägi**

*tervisepoliitika juht, sotsiaalministeeriumi rahvatervise osakond*

Valitsus on esitanud Riigikogule psühhiaatrilise abi seaduse, tervishoiuteenus- te korraldamise seaduse ja tsiviilkohtu- menetluse seadustiku muutmise eelnõu. Seadusemuudatusega soovitakse täiendada abi andmise regulatsiooni isikutele, kes on sõltuvuses alkoholist, narkootilistest ja psüh- hotroopsetest ainetest ning muudest toksilist joovet tekitavatest ainetest. Luuakse üldine **mõisteraamistik** sõltuvusvastase abi andmi- seks. Ennekõike on rõhuasetus sellel, et luua õiguslik raamistik sõltuvusest vabanemisel osutatava abi andmiseks alla 18-aastastele lastele. Eelnõu ühtlustab ja seob sõltlastele mõeldud abi komponente, mis on praegu sätestatud mitme eriseadusega, koondades need psühhiaatrilise abi seadusesse. Kuna sõltuvusprobleemidega alaealised vajavad sõltuvusest vabanemiseks või selle kontrol- li alla saamiseks sageli lisaks sotsiaalsele rehabilitatsioonile samaaegselt ka ravi, siis seotakse omavahel tervise- ja sotsiaalkom- ponent. Sõltuvusprobleemidega isikute sotsiaalse toimetulekuvõime taastamiseks mõeldud abi puhul võetakse kasutusele mõis- te „**sõltuvusvastane taastusabi**”, et eristada seda sotsiaalhoolekande seaduses nimetatud rehabilitatsiooniteenusest.

Selleks et abi oleks paremini kättesaadav ja paindlikum, luuakse võimalus osutada alaealistele sõltlastele nii tahtest olenematut kui ka vabatahtlikku sõltuvusvastast taastusabi ka **väljaspool haiglat**. Praegu osutatakse tahtest olenematut ravi, mis piirab alaeali- se vabadus- ja teisi põhiõigusi, vältimatu psühhiaatrilise abi korras ainult haiglas. Tahtest olenematut ravi on vaja kohaldada olukorras, kui alaealine ohustab sõltuvusest

tulenevalt iseenda või teiste elu, tervist või julgeolekut. Vajadus kohaldada ka sõltuvus- vastast taastusabi sunniviisiliselt tuleneb sellest, et alaealised ei ole vanusest ja sõltu- vusprobleemist tulenevalt pahatihti võime- lised adekvaatselt hindama oma seisundit ega tunnista oma sõltuvusprobleemi. Kuna alaealised vajavad oma ealiste iseärasus- te tõttu võimalikult paindlikku lähenemist psühhiaatrilise abi osutamisel, siis luuaksegi võimalus anda sõltuvusvastast taastusabi ka väljaspool haiglat. Seadusemuudatuse jõus- tudes saab sõltuvusvastast taastusabi osuta- da lisaks haigla psühhiaatriaosakonnale ka **sõltuvusvastase taastusabi andja** juures, kelleks võib olla eraõiguslik, riiklik või ko- haliku omavalitsuse asutus. Sõltuvusvastase taastusabi andjateks võivad olla nii need asu- tused, kes praegu pakuvad rehabilitatsiooni- teenust sõltuvusprobleemidega alaealistele, kui ka uued teenuseosutajad, kellel on selleks kehtiv tegevusluba ja kelle teenus vastab sea- dusega kehtestatud nõuetele. Ravi põhjenda- tust tagavad edaspidigi nõuded, mille koha- selt ravi algab alati haiglas ning haiglavälis- tahtest olenematut taastusabi võib kohaldada üksnes kohtu loal.

Seadusemuudatusega kehtestatakse alaeali- sele sõltuvusvastase taastusabi andmise rahastamise alused ja kord, sõltuvusvastase taastusabi tingimused, kvaliteedinõuded, nõuded personalile ja tegevusloa taotlemi- se kord ning muud nõuded sõltuvusvastase taastusabi andjatele. Tahtest olenematu abi rakendamiseks täiendatakse psühhiaatrilise abi seadust ja kinnisesse asutusse paigutami- se menetluse regulatsiooni tsiviilkohtume- netluse seadustikus.

**Mõisted**

**Sõltuvusvastane abi** on psühhiaatriline abi, mille eesmärk on psühhoaktiivsest ainetest füüsilises või psüühilises sõltuvuses oleva isiku võõrutamine sõltuvusest või sõltuvuse kontrolli all hoidmine.

**Sõltuvusvastane taastusabi** on psüühikahäirega isiku taastusabi, mille eesmärk on psühhoaktiivsest ainetest füüsilises või psüühilises sõltuvuses oleva isiku sotsiaalse toimetulekuvõime taastamine.

**Psühhoaktiivne aine** psühhiaatrilise abi seaduse tähenduses on:

- 1) narkootiline või psühhotroopne aine narkootiliste ja psühhotroopsete ainete ning nende lähteainete seaduse tähenduses;
- 2) alkohol alkoholiseaduse tähenduses;
- 3) muu toksilist joovet tekitav aine, mida kasutatakse joobe tekitamise eesmärgil.

## Sõltuvusravi süüdimõistetutele

### Andri Ahven

*justiitsministeeriumi kriminaalpoliitika osakonna nõunik*

### Sõltuvusravi õiguslik alus

Uimastisõltlased sooritavad kuritegusid sageli peamiselt selleks, et hankida raha narkootikumide jaoks. Hoolimata korduvatest karistustest jätkab suur osa neist kuritegude toimepanemist aastate jooksul. Uimastisõltlaste retsiidivsus on seda kõrgem, mida kangemaid narkootikume tarvitatakse. Välisriikide kogemused on näidanud, et uimastisõltlaste ravi on sõltuvusest võõrutamise või selle kontrolli alla saamise kõrval vähendanud märgatavalt ka uute kuritegude sooritamist. Vangistus on riigi jaoks kulukam kui narkomaaniaravi väljaspool vanglat.

Vangistuse asendamist sõltuvusraviga lubav säte karistusseadustikus jõustus 2011. aasta aprillis (§ 69<sup>2</sup>). Sõltuvusravi kohaldamise ettepaneku tegemisel kaalub kohus kuriteo toimepanemise asjaolusid, süüdimõistetu isikut, varasemat elukäiku ning tema elutingimusi ja tagajärgi, mida võib talle kaasa tuua sõltuvusravi kohaldamine. Seadus tagab ravi rahastamise üheksa kuu vältel riigieelarvest justiitsministeeriumi kaudu ning edasist ravi peaks rahastama sotsiaalministeerium. Sõltuvusravi ajal peab inimene järgima kontrollnõudeid, vastasjuhul pöörab kohus vangistuse kriminaalhooldusametniku ettekande alusel täitmisele.

Juba varasemast kehtiva sätte alusel on süü-

dimõistetutel võimalik võtta endale kohustus pöörduda ettenähtud ravile (nt vanglast ennetähtaegse vabastamise korral), kuid sel juhul ei rahasta ravi justiitsministeerium. Sotsiaalministeeriumi rahastatavate tasuta ravikohtade nappuse tõttu on seda varianti harva kasutatud.

### Eesti-Šveitsi koostööprojekt

Hiljuti käivitus Eesti-Šveitsi koostööprogramm rahastatav projekt, mis võimaldab pakkuda sõltuvusravi isikutele, kellele on karistuseks mõistetud reaalne vangistus kuuest kuust kuni kahe aastani ja kes on nõus selle asendamisega; samuti vangistusest ennetähtaegselt vabastatavatele isikutele, kes on nõus kohustusliku raviga.

Projektist toetatakse kolme aasta jooksul kuni 90 isiku sõltuvusravi, kusjuures 85% kuludest katab Šveits. Pärast projekti lõppu hakatakse rahastama ravi riigieelarvest. Ravikohustus moodustab osa käitumiskontrollist, mis vanglast ennetähtaegselt vabastamisel kestab vähemalt aasta. Vangistuse asemel ravile suunamisel kestab käitumiskontroll vähemalt 18 kuud. Sõltuvusravi võib olla statsionaarne, ambulatoorne või kombineeritud. Projekti elluviimist korraldab justiitsministeerium koostöös sotsiaalministeeriumi ja Tervise Arengu Instituudiga.

# Sõltuvus kui toimetulekumeetod



**Erik Rüütel**

*Sisekaitseakadeemia justiitskolledži*

*korrektsioonipsühholoogia lektor*

*Tallinna Ülikooli sotsiaaltöö instituudi doktorant*

Erinevaid sõltuvusteooriaid kõrvutades võib järeldada, et teraapia edukuse seisukohast on oluline lubada kliendil jääda oma uskumuse juurde selles osas, kas sõltuvuse näol on tegu tema enda valitud toimetulekumeetodi või hoopis haigusega.

## Sissejuhatus

Minu esimene erialane töökoht pärast Tartu Ülikooli psühholoogia eriala lõpetamist 2003. aastal oli Lääne-Tallinna Keskhaigla psühhiaatriakliiniku sõltuvusravi keskus. Olin töötanud kliinilise psühholoogina vaid üheksa kuud, kui avaldasin Eesti Päevalehes oma esimese populaarteadusliku artikli „Sõltuvus: sotsiaalne arütmia” (Rüütel 2006). Artikkel väljendas minu vaimustust vastavastatud sõltuvusravist ning algas sõnadega „Kõigil meil on sõltuvus millestki: kohvist, magusast pirukast, tööst, spordist ...”. Verivärske autorina olin ma arusaadavalt elevil ja karme lugema ka artikli kohta ilmunud kommentaare, kuid sain oma esimese pettumuse, leides, et enamik repliike olid ründavad. Kuigi ma ei lasknud end nende anonüümsest emotsionaalsusest sügavalt mõjutada, jäi mulle siiski meelde midagi, mis seostus artikli algussõnadega: üks kommenteerija väitis, et sõltuvus herooinist on midagi muud kui sõltuvus pirukast. Arvestades tollal minu vähest töökogemust sõltuvusravi valdkonnas, lootsin, et see kommentaar tuli kelleltki, kes teadis paremini, mis on sõltuvus, ning tundis selle eri vormide eripära. Mul ei kulunud kaua, et teha endale selgeks kaasaegsed sõltuvusteooriad ning leida teadusmaailmast tugevat kinnitust oma esimese artikli julgetele algussõnadele, milles olin tookord kahtlema hakanud.

Kui loen teaduslikke artikleid, seisukohtade arendusi ja sõltuvusteooriaid, mudeleid ja hüpoteese, siis testin ma neid vaimusilmas nagu kriitiliselt mõtlevale inimesele kohane, toetudes oma kliinilise psühholoogi kogemustele. See, et sõltuvusteooriad on asetatavad ühele teljele (joonis 1, lk 17), mille ühes otsas on fenomenoloogia ja teises füsioloogia (Russell jt 2011), on minu jaoks olnud algusest peale arusaadav ja sobiv vaatenurk. Minus on aga siiani tekitanud kahtlusi sõltuvuse kui haiguse vaatenurga pooldajate jäikus ning lühinägelik ühekülgsus sõltuvuse fenomeni tõlgendamisel. Eelkõige on mul praktikuna ning sõltuvuse kui valdkonna uurijana raske nõustuda üldlevinud väitega, et sõltuvuse alguses on sõltuvuskäitumise eesmärk positiivse hedonistliku mõnutunde tekitamine, kuid sõltuvuse välja kujunedes muutub eesmärk negatiivsete ärajääma-nähtude vältimiseks (Koob jt 1997).

Olen seisukohal, et sõltlaste korduv tagasilangus sõltuvuskäitumisse on motiveeritud soovist kogeda korduvalt mõnutunnet ning seda selleks, et leevendada teatavat subjektiivset stressi ehk siis teisisõnu, tulla endaga toime. Käesoleva artikli eesmärk on avada selgemalt sõltuvuse kui nähtuse vastuolulisuse tagamaid.



Joonis 1. Sõltuvuse teooriate kontiinum (dihhotoomne telg)

## Sõltuvuse dihhotoomia

Küsimuse üle, mis on sõltuvus, on kaua arutletud. See, kas sõltuvus on haigus (Jellinek 1960, Vaillant 1990, Koob jt 1997, Leshner 1997) või teadlik valik-käitumine (Szasz 1972, Room 1983, Fingarette 1988, Schaler 2000), on kaks põhilist konfliktset seisukohta, millest üks näeb sõltlasi raske haiguse ohvritena ja teine moraalselt vastutust omavate normirikkujatena. Selline tahtmatu versus tahtlik dihhotoomiline telg kujunes 19.–20. sajandil ning vajus aja jooksul USA-s kaldu „tahtmatu haiguse” ja Euroopas „tahtliku käitumise” poole.

### ■ Sõltuvus kui tahtlik valik või tahtmatu haigus

Sõltuvuse kujunemise mudelite uurijatel tekkisid erinevad arusaamad käitumise põhjuslikkusest – eelkõige sellest, kas käitumine on määratud füüsiliste mehhanismidega või sisemise jõuga, mis ületab füüsilisi mehhanisme (Davies 1997). Mõlemal vaatenurgal on lahknevad, kuid kindlad arusaamad sellest, kuidas inimesel tekib sõltuvus narkootikumidest ja alkoholist, kuidas seletada isiku kontrolli nende ainete tarvitamise üle ning kas seda saab muuta ilma meditsiinilise sekkumiseta. Kuna mõlema vaatenurga eeldused on filosoofiliselt vastandlikud, on ühe mudeli pooldajad samas ka kirglikud opositsioonis oleva mudeli kriitikud. **Haiguse mudel** kirjeldab sõltuvust kui tõsist, progresseeruvat, kroonilist ja tagasilangusterohket haigust, mida antakse edasi või saadakse uimastite liigtarvitamise kaudu (Leshner 1997). Sõltuvusainete tarvitamisega alustatakse vabatahtlikult, kuid kuna korduv tarvitamine muudab ajukeemiat ja sellega ka aju funktsioone (neuroadaptatsioon), siis tarvitaja kaotab järjest enam kontrolli oma tarvitamiskäitumise üle ning tal areneb välja sõltuvuskäitumine, mis on juba sundkäitumine, mitte teadlik valik. Seega inimesed, kellel on juba vähemal või suuremal määral välja kujunenud sõltuvuskäitumine, saavad loota ravile vaid sõltuvuse vaoshoidmiseks, kuid mitte kunagi sellest haigusest tervenemiseks (Milam ja Ketcham 1983). Alternatiivne mudel kirjeldab sõltuvust kui **motiveeritud valikut**. Siin on sõltuvuskäitumine miski, mida inimesed teevad alati vabatahtlikult: tavaliselt siis, kui elu läheb raskeks, et vältida probleemide lahendamist (Schaler 2000). Kui probleemid lahenevad, siis inimesed märkavad, et sõltuvus väheneb, ja aja jooksul kasvatakse sõltuvusest iseseisvalt välja või õpitakse oma sõltuvuskäitumist kontrollima (Peele jt 1991). Seega on selle vaatenurga juures sõltuvus pigem keskkonnast tingitud kui muutunud ajukeemia tagajärg (Robins jt 1975). Tahtliku käitumise pooldajate vaatenurgast ei tohi niinimetatud valikute puudumist segamini ajada muutusega kaasnevate loomulike raskustega ning just halvast harjumusest ülesaamise loomulikud raskused ongi probleem, mida teise vaatenurga esindajad nimetavad haiguseks.

### ■ Haiguse mudeli ajalooline areng

Selleks et mõista haiguse mudeli pooldajale paindumatust, peaksime vaatama selle mudeli ajaloolist arengut. Kuigi vaatenurk alkoholismile kui haigusele ei pärine USA-st, on just seal tehtud tööd veenmaks avalikkust, et purjusolek ja uimastite tarvitamine pole mitte vaba valik, vaid kontrollimatut sundkäitumist (Peele 1989). Ingliskeelne termin *inebriety* (e. k ebakaine olek) võeti kasutusele 19. sajandi lõpul seletamaks uimastite tarvitamist ning sellega seotud käitumist allasuva patoloogiaga. Arstide huvi pöördus aja jooksul uimastite mõju juurest üldisemas mõttes uimastite mõju juurde kindla indiviidi kontekstis, et siduda

indiviidi kontrollikaotust geneetiliselt päritud või füsioloogilisest muutusest (närvisüsteemi haigusest) põhjustatud ilmingutega. Eelkõige Ameerika *inebriety* ravi assotsiatsiooni (*American Association for the Cure of Inebriety*) juhtide dr Parrishi ja dr Crothersi (1893) uurimused kirjeldasid uut terminoloogilist nähtust *inebriety* kui haigust, mis on ravitav, nagu kõik teisedki haigused, ning päritav või omandatav alkoholi liigse tarvitamise teel. Uus ravi-liikumine viis meditsiinilis-teaduslike meetodite, nagu vaksineerimine, kasutuselevõtuni sõltuvusega tegelevates asutustes.

Arusaam alkoholi liigtarvitamisest kui haigusest hakkas kiiresti levima 1935. aastal koos Anonüümsete Alkohoolikute (AA) liikumise arenemisega. Selle, tollel ajal uutmoodi vaimse eneseabi ringkonna moodustasid alkoholisõltuvusest vabanenud inimesed (karsklased), kes pühendusid oma grupikoosolekutel teiste omasarnaste karskuse säilitamisele (Kurtz 1988). Kuigi AA kirjandus ei nimeta alkoholismi otseselt haiguseks, peetakse selle ainukeseks raviks siiski täiskarskust (ingl *k abstinence*) ning rõhutatakse, et inimese enda püüd alkoholisõltuvust kontrollida on lootusetu.

Sõltuvuse kui haiguse vaatenurk kogus täiendavaid pöördeid 1990. aastatel, kui USA-s hakati uurimustöetuste jagamisel eelistama sõltuvuse geneetiliste ja neurobioloogiliste juurte teemalisi uurimusi (*Institute of Medicine* 1996). Tänapäeval, 20 aastat hiljem, on Ameerika Meditsiini Assotsiatsioon (Morse ja Flavin 1992), Ameerika Psühhiaatrite Assotsiatsioon (*American Psychiatric Association* 2000) ja Uimastiuuringute Rahvusliku Instituut (*National Institute of Drug Abuse*, NIDA 2009) ühisel seisukohal, et sõltuvus on neurobioloogiline häire. Selle tõlgenduse levimist sõltuvust kirjeldavatesse õpikutesse on toetanud NIDA ning selleteemalisi populaarteaduslikke loosungeid on levitanud nii ajakiri TIME (2007) artiklis „Kuidas me sõltuvusse jääme” kui ka telekanal HBO dokumentaalseriaalis „Sõltuvus: miks seda lihtsalt lõpetada ei saa” (HBO 2007). Kuigi sõltuvuse käsitlemine haigusena domineerib rahvusvaheliselt, on selle vaatenurga suurimad pooldajad tänaseni USA psühhiaatria-, meditsiini-, teadusliku uurimuse, meedia- ja religioossed kogukonnad.

## Sõltuvus kui operantselt<sup>1</sup> õpitud toimetulekumeetod

Lazarus ja Folkman (1984) määrasid toimetulekut kui pidevat kognitiivset ja käitumuslikku jõupingutust, et hallata väliseid (sotsiaalseid) ja sisemisi (psühholoogilisi) vajadusi, mis kord kasutavad ja kord taastäidavad inimese enda toimetulekuressursside (oskuste) baasi. Castellani jt (1997) arendasid Lazaruse ja Folkmani toimetulekumeetodi seletust edasi, uurides sõltuvusravikeskuse patsientide seas seoseid sõltuvuskäitumise, emotsioonidest tingitud stressi ja elukvaliteedi stabiilsuse vahel. Nad leidsid, et omavahel ei ole seotud mitte sõltuvuskäitumine ja stress, vaid mõlemad on seotud elukvaliteedi stabiilsusega. Seega nende sõnul: kui inimese elukvaliteet on ebastabiilne (ei ole kindlat sissetulekut, töökohta, elukohta) või on rahuldamata mõned muud vajadused (Maslow 1954), on ka stressi tase kõrgem. Kui aga stressi tase on kõrge, on suurem ka tõenäosus languseks või tagasilanguseks sõltuvuskäitumisse. Saadud tulemused on kooskõlas teiste sõltuvust ja toimetulekumeetodeid uurinud ja kajastanud uurimuste tulemustega, mille kohaselt iga olukord tingib selle, kuidas tajutakse stressi ning olemasolevaid stressiga toimetuleku viise, mida kas siis suudetakse või ei suudeta sellel ajahetkel mobiliseerida (Lazarus ja Folkman 1984).

### ■ Probleemilahendus, emotsioonidega toimetulek

Lazarus koos oma kolleegidega (Lazarus ja Folkman 1984, Monat ja Lazarus 1991) on jaganud stressiga toimetuleku meetodid kaheks: (a) probleemile orienteeritud toimetulekumeetodid, mille eesmärk on kõrvaldada stressi põhjustaja, ning (b) emotsioonile suunatud toimetulekumeetodid, mis tegelevad stressorist põhjustatud emotsioonidega. Uurijad on eeldanud, et toimetulekumeetodid erinevad vastavalt probleemidele. Probleemid, mis on hallatavad ning mille puhul inimene tajub, et tal on piisavalt ressursse probleemiga toimetulekuks, käivitavad

<sup>1</sup> Operantne õppimine või operantne tingimine on õppimise teooria, mille kohaselt indiviidi käitumist mõjutab selle tagajärg.

a-tüüpi toimetulekuoskused. Olukorrad, kus tajutakse, et lahendus ei ole inimese enda teha ning inimene peab neid lihtsalt taluma, käivitavad b-tüüpi toimetulekuoskused. Uurimused on näidanud, et inimestel, kes kasutavad tavaliselt a-tüüpi toimetulekut, ei kujune üldjuhul välja sõltuvuskäitumist või nad saavad sellest kergemini üle kui inimesed, kes kasutavad b-tüüpi toimetulekut (Wills ja Hirky 1996). Nii Wills jt (1996) kui ka Labouvie (1986) leidsid, et noorukitel, kellele on omane kasutada emotsioonidel rajanevaid toimetulekumeetodeid, on suurem oht sõltuvushäirete väljakujunemiseks. Samadele tulemustele on jõutud täiskasvanute seas sõltuvust tekitavate ainete nagu alkoholi (Cooper jt 1988) ja tubaka (Wewers 1988) tarvitamise või kanepi suitsetamise kohta (Epstein jt 1995) korraldatud uurimustes. Stressiga toimetulekut käsitlevas kirjanduses on Folkman ja Lazarus (1991) täpsustanud, et emotsioonidega toimetuleku meetodid on efektiivsemad lühiajaliste probleemide puhul, mille põhjuslikud tegurid on välised, kuid pikemaajaliste probleemide puhul on need ebaefektiivsed ning võivad viia sõltuvuskäitumise tekkimiseni.

---

*Ka sõltuvuse käes vaevlevate inimeste arusaamad sellest, mis neid aitab, kalduvad maailmavaateliselt kas haiguse või tahtliku valiku poole. Tulemuslikuks sõltuvusraviks peaks olema mõlemale sihtrühmale suunatud sõltuvusravi pakkujaid.*

---

### Arusaam sõltuvusest sõltub isiklikust vaatenurgast

Sõltumatult sellest, et mõlema vastandliku mõtlemis-suuna tõenduseks on olemas küllaldaselt uurimusi, on Tampere Ülikooli sõltuvuse uurija prof Anja Koski-Jännes (2004) oma uurimuses toonud välja, et sõltuvusravi kliendid kipuvad omaks võtma selle asutuse ideoloogilise vaatenurga, kus nad ravi saavad. Seega vastavalt sellele, kuidas sõltlastega töötavad spetsialistid end positsioneerivad, hakkavad ka nende kliendid nägema end kas inimestena, keda vaevab sõltuvus kui krooniline haigus või kes peavad tegema teadliku valiku oma sõltuvuskäitumise lõpetamiseks. Russelli jt (2011) uurimus sõltuvusravi osutavates asutustes töötavate spetsialistide uskumustest leidis, et USA-s töötavad spetsialistid kalduvad enam arvama, et sõltuvus on haigus, võrreldes nende kolleegidega Suurbritanniast, kus arvatakse rohkem, et tegemist on valikutega seotud käitumisega. Samuti leiti, et vaatenurka sõltuvusele kui haigusele toetavad rohkem tasuliste asutuste spetsialistid, kus on ka religioossed uskumused tugevamad, ning need, kellel endal on olnud sõltuvusega isiklikke probleeme ja kes on tegelnud sõltuvusraviga kauem ning seega ka vanemas eas. Seevastu spetsialistid, kes usuvad, et sõltuvus on valik, töötavad enamasti tasuta keskustes, neil on nõrgemad religioossed uskumused, nad on nooremad ning ei kuulu sõltuvusravi spetsialistide ametlikesse ringkondadesse. Leiti, et spetsialistid, kellel on endal olnud sõltuvusprobleeme ja kes on ise osalenud 12 sammu programmis, usuvad rohkem, et tegemist on haigusega. Kokkuvõttes: uurijad leidsid, et spetsialistide uskumused selle kohta, mis on sõltuvus, asetuvad sõltuvuse kui haiguse ja teadliku valiku vastandite teljele ning nõustumine ühe mudeliga välistab nõusoleku teisega (Russell jt 2011).

### Kokkuvõte

See, millist vaatenurka keegi ühiskonnas või teadusringkondades toetab, sõltub samavõrd nii ideoloogiast kui ka sellest, millist suunda rahastavad riik, erinevad huviorganisatsioonid ja korporatsioonid. Tõeline probleem selliste vastandlike vaatenurkadega tekib sõltuvusravi klientide perspektiivist. Kliendid pöörduvad abi saamiseks raviasutusse eelkõige küsimusega, miks neil on teatud tegevuse üle raske kontrolli saavutada, ning vastavalt sellele, milline on raviasutuse töötajate vaatenurk, saadaksegi vastus küsimusele, kas sõltuvus on haigus või valitud toimetulekumeetod.



Kuna mõlemal sõltuvuse tekkimise vastandlikul vaatenurgal on palju toetajaid, on igati kohane seisukoht, et ka sõltuvuse käes vaevlevate inimeste arusaamad sellest, mis neid aitab, kalduvad maailmavaateliselt kas haiguse (psühhiaatria) või tahtliku valiku (psühholoogia) poole. Arvestades, et sõltuvusravile pöörduva kliendi vaatenurka mõjutab paljuski ka ravi-asutuse vaatenurk, ei peaks minu arvates sundima oma arusaama muutma neid inimesi, kes arvavad, et nad ise kontrollivad oma elulisi valikuid. Tulemuslikuks sõltuvusraviks peaks olema mõlemale sihtrühmale suunatud sõltuvusravi pakkujaid.

See, et raviasutusel on kas üks või teine kindel vaatenurk, ei ole abivajaja seisukohast kasulik; kõhkluste suurendamine võib kliendil, kellel on niigi raske oma sõltuvusega kaasnevas neurootilisuses end ratsionaalselt juhtida, kaasa tuua õpitud abituse süvenemise. Sõltuvuse probleemi kindlakstegemine ning abivajajale suuniste andmine, kuidas toimida nii lühiajaliselt kui ka pikaajaliselt, peaks tekitama inimeses kindlustunnet ja optimismi muutuseks – pidagu nad sõltuvust siis haiguseks või toimetulekumeetodiks.

Tänapäeval võib liiga jäik oma vaatenurgast kinnihoidmine jalgu jääda muutuvatele arusaamadele sõltuvusest. Võib olla sõltub ravi edukus hoopis terapeudi ja kliendi vaadete omavahelisest sobivusest (Keene ja Raynor 1993). Haiguse kui vaatenurgaga seotud sõnumid on vähem tulemuslikud, kui abivajaja põhimõtteliselt usub, et sõltuvus ei ole haigus. Sõltuvuse kui tahtliku valiku perspektiivi esindaja püüd ümber veenda inimest, kes usub, et sõltuvus on haigus, ei ole see, mida inimene tahab kuulda ja mille järgi toimida. Võib oletada, et kliendi vaatenurga ja ideoloogia eelnev teadasaamine (testimine, hindamine, skriinimine) võib hõlbustada sobivat ja tulemuslikku koostööd raviasutusega. Seega on aeg maha matta sõltuvuse põhjuste absoluutse tõe otsingud ning keskendada abivajaja isikliku kogemuse tähtsusele ja sisemise muutumise esilekutsumisele.

## Viidatud allikad

*American Psychiatric Association.* (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4th ed.). Washington, DC: Author.

**Castellani, B., Wedgeworth, R., Wootton, E., Rugle, L.** (1997). A bi-directional theory of addiction: Examining coping and the factors related to substance relapse. *Addictive Behaviors*, 22(1), 139–144.

**Cooper, M. L., Russell, M., George, W. H.** (1988). Coping, expectancies, and alcohol abuse: A test of social learning formulations. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 218–230.

**Crothers, T. D.** (1893). The disease of inebriety from alcohol, opium and other narcotic drugs. New York: E. B. Treat.

**Davies, J. B.** (1997). Pharmacology versus social process. Competing or complimentary views on the nature of addiction. *Pharmacology & Therapeutics*, 80, 265–275.

**Epstein, J. A., Botvin, G. J., Diaz, T., Toth, V., Schinke, S. P.** (1995). Social and personal factors in marijuana use and intentions to use drugs among inner city minority youth. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 16, 14–20.

**Fingarette, H.** (1988). Heavy drinking: The myth of alcoholism as a disease. Berkeley: University of California Press.

**Folkman, S., Lazarus, R. S.** (1991). Coping and emotion. Teoses: Monat, A., Lazarus, R. S. (toim.) Stress and coping: An anthology. New York: Columbia University Press, 207–227.

*HBO Documentary Films.* (2007). Addiction: Why can't they just stop? <http://www.hbo.com/addiction/thefilm/> (01.04.2010).

*Institute of Medicine.* (1996). Dispelling the myths about addiction: Strategies to increase understanding and strengthen research. Committee to Identify Strategies to Raise the Profile of Substance Abuse and Alcoholism research. Division of Neuroscience and Behavioral Health and Division of Health Promotion and Disease Prevention, Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press.

**Jellinek, E. M.** (1960). The disease concept of alcoholism. New Brunswick, NJ: Hillhouse.

**Keene, J., Raynor, P.** (1993). Addiction as 'soul sickness': The influence of client and therapist beliefs. *Addiction Research and Theory*, 1, 77–87.



- Koob, G. F., Caine, S. B., Parsons, L., Markou, A., Weiss, F.** (1997). Opponent process model and psychostimulant addiction. *Pharmacol. Biochem. Behav.*, 57, 513–21.
- Koski-Jannes, A.** (2004). In search of a comprehensive model of addiction. Teoses: Rosenqvist, P., Blomqvist, J., Koski-Jannes, A., Ojesjo, L. (toim.) *Addiction and life course*. Helsinki: NAD, 49–70.
- Kurtz, E.** (1988). *AA: The story* (a revised edition of *Not-God: A History of Alcoholics Anonymous*). New York: Harper & Row.
- Labouvie, E. W.** (1986). Alcohol and marijuana use in relation to adolescent stress. *The International Journal of the Addictions*, 21, 333–345.
- Lazarus, R. S., Folkman, R. S.** (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer. Leonard (toim.) *Psychological theories of drinking and alcoholism*. New York: Guilford Press, 131–178.
- Leshner, A. I.** (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278, 45–47.
- Maslow, A. H.** (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper and Row. <http://www.simplypsychology.org/maslow.html#sthash.siDptYjJ.dpuf> (06.04.2013).
- Milam, J., Ketcham, K.** (1983). *Under the influence: A guide to the myths and realities of alcoholism*. New York: Bantam Books.
- Monat, A., Lazarus, R. S.** (1991). Introduction: Stress and coping – some current issues and controversies. Teoses: Monat, A., Lazarus, R. S. (toim.) *Stress and coping: An anthology*. New York: Columbia University Press, 1–16.
- Morse, R. M., Flavin, D. K.** (1992). The definition of alcoholism. *Journal of the American Medical Association*, 268, 1012–1014.
- National Institute on Drug Abuse.** (2009). NIDA InfoFacts: Understanding drug abuse and addiction. <http://www.nida.nih.gov/PDF/InfoFacts/Understanding08.pdf> (10.10.2009).
- Peele, S.** (1989). *The diseasing of America*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Peele, S., Brodsky, A., Arnold, M.** (1991). *The truth about addiction and recovery: The life process program for outgrowing destructive habits*. New York: Simon & Schuster.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Davis, D. H.** (1975). Narcotic use in Southeast Asia and afterward: An interview study of 898 Vietnam returnees. *Archives of General Psychiatry*, 32, 955–961.
- Room, R.** (1983). Sociological aspects of the disease concept of alcoholism. Teoses: Smart, R. G. et al. (toim.) *Research advances in alcohol*, Vol. 7. New York: Plenum Press, 47–91.
- Russell, C., Davies, J. B., Hunter, S. C.** (2011). Predictors of addiction treatment providers' beliefs in the disease and choice models of addiction. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40 (2), 150–164.
- Rüütel, E.** (2006). Uimastisõltuvus: sotsiaalne arütmia. *Eesti Päevaleht*, 06.01.2006, 3.
- Schaler, J. A.** (2000). *Addiction is a choice*. Chicago, IL: Open Court.
- Szasz, T.** (1972). Bad habits are not diseases: A refutation of the claim that alcoholism is a disease. *Lancet*, 2, 83–84.
- TIME Magazine.** (2007). How we get addicted. <http://www.time.com/time/magazine/article/0,9171,1640436,00.html> (27.03.2010).
- Vaillant, G.** (1990). We should retain the disease concept of alcoholism. *Harvard Medical School Mental Health Newsletter*, 6, 4–6.
- Wewers, M. E.** (1988). Brief report: The role of postcessation factors in tobacco abstinence: Stressful events and coping responses. *Addictive Behaviors*, 13, 297–302.
- Wills, T. A., Hirky, A. E.** (1996). Coping and substance abuse: A theoretical model and review of the evidence. Teoses: Zeichnec, M., Eudler, N. S. (toim.) *Handbook of coping: Theory research, and applications*. New York: Wiley, 279–302.
- Wills, T. A., McNamara, G., Vaccaro, D., Hirky, A. E.** (1996). Escalated substance use: A longitudinal grouping analysis from early to middle adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 166–180.

# Uimastite tarvitamine 15–16-aastaste koolinoorte seas:

## ESPADi uuringu tulemused



**Sigrid Vorobjov**

*Nakkushaiguste ja Uimastiseire Keskuse teadur  
Tervise Arengu Instituut*

Sõltuvusainete tarvitamine Eesti noorte seas on murettekitaval tasemel, näitavad ESPADi 2011. aasta uuringu andmed. Iga teine noor on ennast viimasel kuul vähemalt korra purju joonud ning kolmandik noortest proovinud alkoholi ja tubakat alla 12-aastasena.

### Sissejuhatus

2011. aasta kevadel osales Eesti Euroopa koolinoorte alkoholi ja uimastite tarvitamise küsitlusuuringus (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs – ESPAD*). Uuringut korraldatakse iga nelja aasta järel, Eesti on selles osalenud alates 1995. aastast. Uuringu eesmärk on kirjeldada koolinoorte hoiakuid tubaka, alkoholi ja illegaalsete uimastite tarvitamise suhtes ning kogemusi nende ainetega. Samuti uuritakse, kas ja kuidas on uimastite levik aastate vältel muutunud ning millised tegurid on seda mõjutanud. Artiklis peetakse uimastite all silmas nii legaalseid kui ka illegaalseid aineid, mis mõjutavad psüühikat.

2011. aastal küsitleti Eestis 2460 õpilast vanuses 15–16 eluaastat, kes õppisid üldhariduskoolide 8. ja 9. klassides. Küsitluse korraldasid Tallinna Ülikooli Rahvusvaheliste ja Sotsiaaluuringute Instituudi sotsioloogid Tervise Arengu Instituudi tellimisel.

### Tubaka ja alkoholi tarvitamine

Tulemustest selgus, et ligikaudu kolmveerand (73%) 15–16-aastastest õpilastest oli proovinud suitsetada. Poisid olid sagedasemad katsetajad ja nooremad alustajad: enne 12. eluaastat oli proovinud suitsetada 40% poistest ja 26% tüdrukutest. Iga päev suitsetas enda sõnul 19% poistest ja 16% tüdrukutest. Varasemate uuringutulemustega võrreldes on regulaarsete suitsetajate hulk poiste seas kahanenud ning tüdrukute seas mõnevõrra kasvanud.

Uimastite tarvitamist mõjutab nende kättesaadavus. Tulemused näitasid, et 70%-le 15–16-aastastest koolinoortest olid sigaretid kergesti kättesaadavad. Alkoholi pidas kergesti kättesaadavaks üle poole vastanutest, mis võib osaliselt selgitada seda, miks üle poole (55%) oli kogenud ka purjusolekut. Alkoholijoobe ehk purjusoleku all peeti silmas kõikudes kõndimist, suutmatust õigesti rääkida, oksendamist ja/või suutmatust oma tegusid mäletada. Noorte sagedast alkoholi tarvitamist kinnitab seegi, et 53% vastanutest oli enda sõnul vähemalt korra viimasel kuul joonud viis ja enam drinki<sup>1</sup> järjest. Märkimist vajab fakt, et poiste ja tüdrukute vastused ei erinenud.

<sup>1</sup> Ühes dringiks loetakse alkoholi kogust, mis sisaldab 10 grammi absoluutset alkoholi. Nt ühe dringi moodustavad 0,33 pudel õlut, üks klaas (12 cl) veini või 4 cl kanget alkoholi.

Kolmandik õpilastest oli proovinud sigarette ja alkoholi nooremalt kui 12-aastaselt. Terviseriske hinnates peeti regulaarset suitsetamist tervisele ohtlikumaks kui igapäevast alkoholi tarvitamist või viie ja enama dringi joomist puhkepäevadel (vastavalt 89%, 72% ja 75%). Terviseriskide kõrval kaasnesid alkoholi tarvitamisega muudki probleemid, millest sagedasemaks osutusid riid vanemate ja sõpradega (20%), õnnetused või vigastused (17%), probleemid õppeedukusega (16%) ning sekeldused politseiga (13%). Samas mainisid õpilased sageli alkoholi tarvitamise positiivseid tagajärgi. Nende hinnangul muutis alkohol nad lõbusamaks (77%), sõbralikumaks (62%), lõdvestunumaks (61%) ning aitas probleemidel ununeda (56%).

Noorte uimastikasutuse piirkondliku võrdluse järgi oli Ida-Virumaal enam neid, kes regulaarselt suitsetasid (22%), ning Kesk-Eestis enam neid, kes olid viimasel aastal olnud vähemalt kolm korda alkoholijoobes (18%).

## Illegaalsete uimastite tarvitamine

Illegaalsete uimastite tarvitamine on aastatega suurenenud: kui 1995. aastal oli mõnda illegaalset uimastit proovinud 7% õpilastest, siis viimases uuringus oli katsetajaid juba 32%. Tõusutrendi põhjuseks võib pidada suuri muutusi kogu ühiskonnas. Samas võrdlus 2007. aasta uuringuga, mille andmetel oli 30% õpilastest enda sõnul proovinud mõnd illegaalset uimastit, ei peegelda enam märkimisväärset tõusutrendi. See osutab olukorra teatavale stabiliseerumisele. Narkootikumide proovitakse kõige sagedamini 14–15-aastaselt ja enamasti piirduakse ühe-kahe korraga. Noorte seas levinuim on kanep, teistest narkootikumidest rahustid või uinutid, mida tarvitatakse ilma arsti korralduseta, ning inhalandid, *poppers*, *ecstasy* ja amfetamiin.

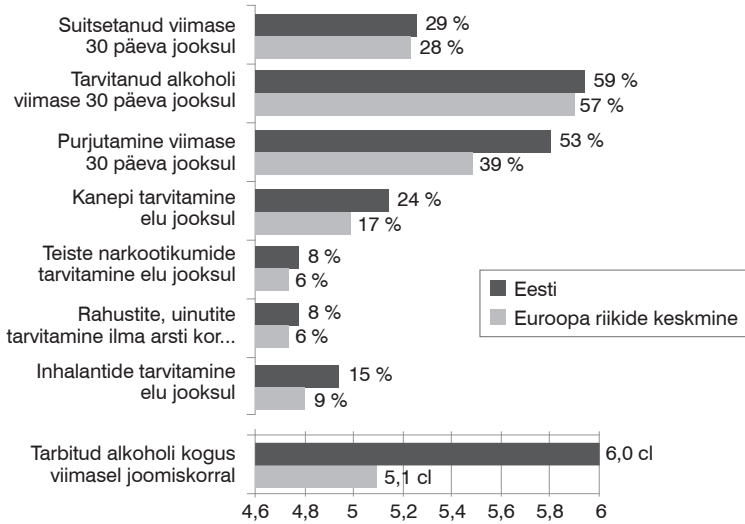
Küsitlusest ilmnnes, et ligikaudu kolmandik õpilastest pidas kanepit kergesti kättesaadavaks. Vähem kättesaadavaks peeti rahusteid, uinuteid ja stimulante, kergeks pidas nende kättesaadavust alla 20% vastanutest. 2007. ja 2011. aasta uuringu tulemusi võrreldes on näha positiivset tendentsi: narkootikumide kättesaadavus on noorte hinnangul vähenenud.

Noorte huvi narkootikumide vastu mõjutab seegi, kui võrd riskantseks nende tarvitamist hinnatakse. Uuringus küsiti noorte hinnangut narkootikumidest tingitud terviseriskide kohta ning jäeti kõrvale kuritegelik külg. Narkootikumide regulaarset tarvitamist peeti tervisele ohtlikuks. Ühe- või paarikordse proovimise puhul peeti kõige riskantsemaks stimulante: ligikaudu 40% vastanutest hindas nende tarvitamist suureks riskiks. Kõige ohutumaks hinnati kanepi paarikordset proovimist. Muret tekitab tõsiasi, et peaaegu kümnendik vastanutest ei osanud hinnata narkootikumide tarvitamisega seotud riske. See tulemus kinnitab, et noored vajavad enam tõest informatsiooni ning võimalusi avatud aruteludeks.

Piirkondliku võrdluse järgi tarvitasid illegaalseid uimasteid kõige sagedamini Ida-Virumaa noored (41%). Eesti ja vene õppekeeleaga koole võrreldes selgus, et eesti õpilased tarvitasid enam alkoholi, vene õpilaste seas oli enam igapäevaseid suitsetajaid ja narkootikumide proovijaid.

## Vaba aeg ja rahulolu suhetega

Populaarseimaks vaba aja veetmise viisiks 15–16-aastaste koolinoorte seas osutus internetis surfamine (94%). Vähemalt korra nädalas sportis 86% vastanutest. Veidi üle poole vastanutest veetis vaba aega mõne hobiga tegeldes, arvutimänge mängides ja/või sõpradega ostukeskustes, tänavatel, parkides või mujal jalutades. Tulemustest ilmnnes, et viimati nimetatud vaba aja veetmise viis oli enim seotud uimastikasutusega. Sel kombel aega veetnud noored olid teistest sagedamini regulaarsed suitsetajad, tarvitanud alkoholi, olnud alkoholijoobes ning proovinud narkootilisi aineid. Samavõrd oli sagedasema uimastitarvitamisega seotud koolist põhjuseta puudumine ja madal õppeedukus.



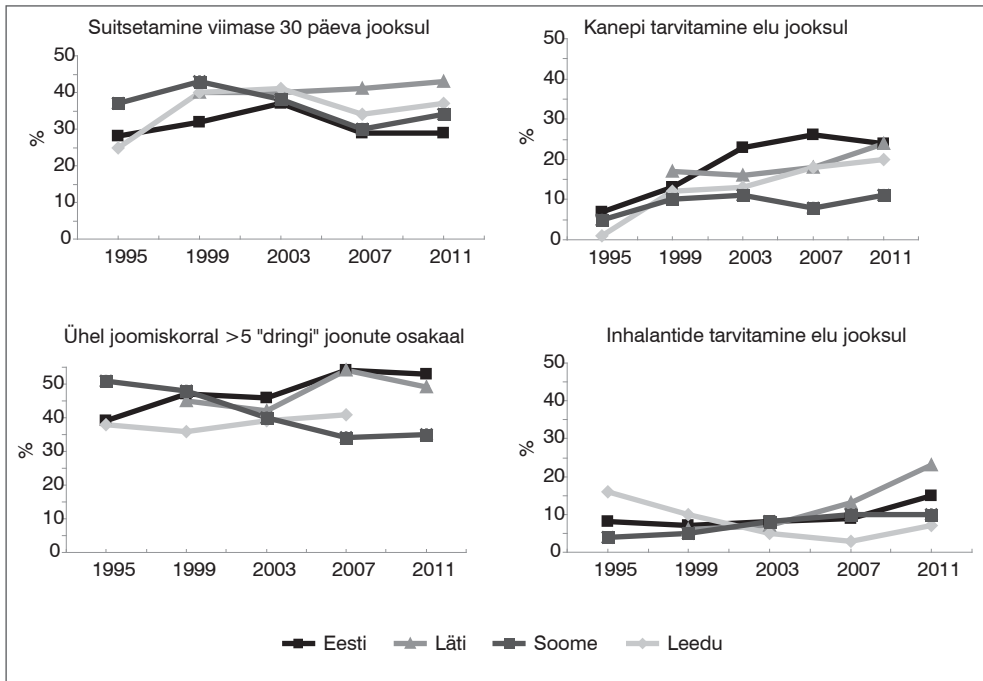
**Joonis 1. Eesti kooliõpilaste uimastitarvitamine võrreldes Euroopa riikide keskmisega**

Rahulolematus suhetega, mis valitsevad noore ja tema vanemate vahel, ning vanemliku kontrolli puudumine on samuti tegurid, mis võivad mõjutada noort alkoholi või narkootikumidega katsetama. Tulemused kinnitasid, et õpilased, kes olid olnud alkoholijoobes või tarbitanud viimasel kuul alkoholi, olid vähem rahul suhetega enda ja oma vanemate vahel. Õpilased, kelle üle vanemlik kontroll oli nõrgem ja kelle vanemad ei teadnud, kuidas laps õhtuid veedab, olid proovinud mõnda narkootikumi sagedamini kui need õpilased, kelle vanemad olid lapse sõpruskonnast teadlikud (vastavalt 27% ja 14%).

### Võrdlus teiste Euroopa riikidega

Eestis saadud tulemuste kõrvutamine Euroopa riikide vastavate keskmistega tõi ilmsiks nii mõnegi erinevuse (vt joonis 1). Viimasel kuul alkoholi tarbitanud õpilasi oli nii Euroopas keskmiselt kui ka Eestis ligi 60%, kuid Eesti õpilaste viimasel korral joodud alkoholikogus oli märkimisväärselt suurem, samuti oli rohkem neid, kes olid kogenud alkoholijoovet. Erinevusi ilmnes ka illegaalsete ainete, eriti kanepi ja inhalantide tarvitamises. Eesti koolinoortest oli elu jooksul proovinud kanepit 24% ning inhalante 15%, Euroopa keskmised tulemused olid vastavalt 17% ja 9%. Kõige sarnasem oli suitsetajate osakaal: ligi 30% nii Eesti kui ka Euroopa koolinoortest vastasid, et on viimase kuu jooksul suitsetanud.

Eesti, Läti, Leedu ja Soome õpilaste uimastikasutust võrreldes ei ilmnenud suuri erinevusi Balti riikide vahel, küll olid aga Soome õpilased oluliselt vähem tarbitanud alkoholi või illegaalsete uimasteid (vt joonis 2, lk 25). Eesti õpilaste hulgas oli vähem neid, kes olid viimasel kuul suitsetanud. Vestlustest õpetajate ja teiste koolis töötavate spetsialistidega on selgunud, et suitsetamise kõrval on noorte seas järjest enam probleemiks *snusi* ehk mokatubaka tarvitamine. Võib-olla oli suitsetajate väiksem osakaal Eesti koolinoorte hulgas tingitud sellest, et osa neist tarvitas mokatubakat. Kuna ESPADi uuring ei sisaldanud küsimusi mokatubaka ja vesipiibu tarvitamise kohta, siis praegu vastavad andmed puuduvad.



**Joonis 2. Eesti kooliõpilaste uimastitarvitamine võrreldes Läti, Leedu ja Soome koolinoortega**

## Sotsiaalsed oskused

2011. aastal hõlmas uuring esimest korda õpilaste sotsiaalseid oskusi. Sotsiaalsed oskused väljendavad ühiskonnas aktsepteeritud ja õpitud käitumist, mis võimaldab inimesel edukalt suhelda või negatiivseid suhteid vältida. Puudulikud sotsiaalsed oskused võivad väljenduda antisotsiaalse käitumisena, sealhulgas uimastite tarvitamisena.

Tulemuste analüüs näitas, et puudulike sotsiaalsete oskustega õpilased alustasid suitsetamist nooremana ja olid suurema tõenäosusega igapäevased suitsetajad. Samuti said nad oma esimese alkoholijoobe kogemuse nooremalt kui paremate sotsiaalsete oskustega õpilased. Samasugune seos ilmnes ka illegaalsete uimastite tarvitamise puhul: õpilased, kelle sotsiaalsete oskuste tase oli madal, olid proovinud sagedamini kõiki narkootikume. Nende tulemuste põhjal võib öelda, et madalad sotsiaalsed oskused ennustavad 15–16-aastaste õpilaste tõenäolisemat uimastitarvitamist.

## Järeldused

Tõendus põhine uimastiennetus kinnitab, et teadmiste jagamise kõrval tuleb arendada õpilaste enesekohaseid ja sotsiaalseid oskusi ning õpetada vastu seisma sotsiaalsele survele, mis ahvatleb riskikäitumisele. Järjest enam leitakse, et uimastiharidus peab olema laiapõhjaline, mitte keskenduma kitsalt tubaka, alkoholi või illegaalsete ainete tarvitamise ennetusele. Uimastiharidus, sh sotsiaalsete oskuste õpetamine, kuulub küll Eesti kooli õppekavasse, kuid õpilaste uimastitarvitamist kirjeldavad arvud viitavad, et praegune ennetussüsteem vajab edasiarendamist. Üks lahendus võiks olla tõendus põhiste sekkumiste rakendamine nii koolides kui ka lasteaedades, mida peaks samal ajal toetama asjakohane vanemaharidus.

Vanemliku kontrolli ja kokkulepitud reeglite vajalikkust ei tohi pidada vähetähtsaks – nende positiivset mõju noorte käitumisele on tõestanud mitmed uuringud.

Noorukid on uudishimulikud ja otsivad uusi elamusi ning see on osaliselt põhjus, miks üldse jõutakse uimastite proovimiseni. Ainuüksi keelud ja hirmutamine sellisel juhul noorte käitumisele mõju ei avalda, pigem tuleks pakkuda alternatiive, näiteks mitmesuguseid huvitegevusi. Laste hõivatus huvitegevustega sõltub praegu suuresti vanemate rahakotist, ent paljude perede eelarve hobisid ei võimalda. Seega tuleb riigi tasandil rohkem toetada laste osalemist sporditreeningutel ja huviringides, mis ühtlasi aitab ennetada noorte uimastitarbimist.

Vanemate ja kogukonna kaasamine noorte tegevustesse ning tervisliku eluviisi väärtustamine ühiskonnas hoiaks ära noorukite uimastitarvitamise või vähemalt lükkaks edasi sellega alustamise. Vanus on uimastite katsetamisel määrava tähtsusega ja mõjutab noore edasist riskikäitumist.

*Uuringu raporti täisversioon on kättesaadav Tervise Arengu Instituudi kodulehel.*

### Kui palju on Eestis süstivaid narkomaane?

Süstivate narkomaanide arvu väljaselgitamiseks on Eestis rakendatud meetodit, mille puhul hinnangu andmiseks kasutatakse erinevaid administratiivseid andmebaase. Viimane selline uuring valmis Tartu Ülikooli ja Tervise Arengu Instituudi koostöös 2012. aastal. Uuringu eesmärk oli anda ajavahemikul 2005–2009 iga aasta kohta eraldi süstivate narkomaanide hinnanguline arv ja jälgida selle arvu dünaamikat ajas. Uuringu allikad olid surma põhjuste register, Eesti Haigekassa andmebaas ning Politsei- ja Piirivalveameti POLISE andmebaas. Surma põhjuste registrist tehti väljavõtte aastatel 2005–2009 narkootikumide tarvitamise tagajärjel surnud isikute kohta, Eesti Haigekassa andmebaasist 2005–2009 opioidide tarvitamisest tingituna ravi saanud isikute kohta (RHK-10 koodid F11.0–F11.9) ja eraldi isikute kohta, kes vajasisid esmaabi narkootikumide tarvitamisest tingitud üledoosi tõttu. Politsei- ja Piirivalveameti andmebaasist saadi vastavate aastate andmed narkootikumidega seotud õigusrikkumiste kohta.

Uuringu põhjal võib öelda, et süstivate narkomaanide arv on aastatel 2005–2009 langenud 56%. Süstivate narkomaanide arv on langenud 15–44-aastaste seas 15 675-lt (95% usaldusvahemik 10 239–46 018) 2005. aastal 5362-ni (95% usaldusvahemik 3906–9837) 2009. aastal.

2005. aastal oli 15–44-aastastest elanikest süstivaid narkomaane 2,7% (1,8–7,9%), 2008. aastal 2% (1,4–5,0%) ja 2009. aastal 0,9% (0,7–1,7%).

Süstivate narkomaanide arvu vähenemist võib seletada nii sellega, et uute süstivate narkomaanide arv väheneb, kui ka sellega, et narkootikumide tarvitamisega seotud surmade (sealhulgas üledoosist tingitud surmade) arv on suur. (Uusküla jt 2013). Arvesse tuleb võtta ka seda, et aastate jooksul on muutunud põhimõtted, mille alusel Eesti ametkonnad (politsei, raviasutused) koguvad uuringu algallikaks olevaid andmeid, mis võib mõjutada andmete kvaliteeti.

*Allikas: Uusküla, A., Rajaleid, K., Talu, A., Abel-Ollo, K., DesJarlais, D. C. (2013).*

*A decline in the prevalence of injecting drug users in Estonia, 2005–2009.*

*Int J drug Policy 2013 [ilmumas].*

# Uimastisõltuvuse kahjude vähendamine Eestis – kuidas edasi?



**Riina Raudne**  
*Siseministeeriumi strateegiaosakonna nõunik*

Siseministeeriumi eestvedamisel on valmimas uus riiklik narkomaania ennetamise strateegiline dokument „Uimastisõltuvuste vähendamise kontseptsioonidokument 2013–2016”.

Eelmise aasta lõpuga sai läbi 2004. aastal vastu võetud „Narkomaania ennetamise riiklik strateegia aastani 2012”. Ehkki selle strateegiaperioodi jooksul panustati laiaulatusliku HIV-epideemia taustal narkomaania vähendamisse tõsiselt, jäid tegevused siiski paljuski killustatuks või alarahastatuks, mistõttu uimastite levikule ja kahjudele ei õnnestunud piiri panna. Uimastitarvitamisega seotud kahjude ennetamine ja vähendamine on keeruline ja lai valdkond, kuna uimastitarvitamise juured on tihedalt läbi põimunud laiemate sotsiaalmajanduslike olude ja ka näiteks lapsepõlve peresuhete kvaliteediga. Uimastitarvitamist iseloomustab tarvitamise kontekstide ja tarvitajagruppide paljusid. Lisaks on uimastikaubandus omaette ebaseaduslik majandusharu, millelt on võimalik kasumit teenida ning mis seetõttu allub oma turuloogikale.

Seda kõike arvesse võttes peame küsima, kuidas edaspidi läheneda kahjude vähendamisele. Mida oleks vaja Eesti uimastipoliitikas muuta, et hakkaksime nägema tegevuse mõju nii uimastisurmade arvu languses kui ka uimastitarvitamise vähenemises laste hulgas?

Valdkonnas pikalt töötanud teenusepakkujad ja eksperdid on üksmeelsel arvamusel, et olemasolevate inim- ja rahaliste ressursside juures saame uimastisõltuvuse kahjusid vähendada üksnes siis, kui riigi, kohalike omavalitsuste ja vabakonna tegevused lähtuvad selgest ühisest visioonist, jälgivad samu indikaatoreid, tegevuste vahel saavutatakse pidev koosmõju ning need tegevused moodustavad ühtse, kestlikult rahastatud süsteemi. See järeldus on igati loogiline, kuid seni ei ole õnnestunud loodetud rahastamise ja koordineerimise taset saavutada. Partnerite erinev võimekus ja vähene tahe uimastiküsimustega tegelda ning spetsialistide puudus on tekitanud olukordi, kus heale teenusele rehabilitatsioonikeskuses või vanglas ei ole pakkuda jätkuteenuseid ning saavutatud edu läheb luhta. Probleemide hilise märkamise ja nõustamise ning ambulatoorse ravi vähesuse tõttu saab uimastitarvitaja pahatihti abi alles siis, kui temaga juba hakkab tegelema politsei või kui tal on välja kujunenud sügav sõltuvus.

## Uimastiennetuse valitsuskomisjon algatas riikliku strateegiadokumendi koostamise

Uimastitarvitamine tekitab probleeme mitme ministeeriumi haldusalas: uimastitega seotud kuritegevus siseministeeriumile, selle sotsiaalsed tagajärjed sotsiaalministeeriumile, sõltuvusaineid tarvitavate noorte kehv õppeedukus ja koolist väljalangevus haridus- ja tea-



dusministeeriumile jne. Seetõttu on ülimalt oluline, et probleemi lahendamiseks tegeletakse ühtmoodi pühendunult ning kõrgel tasemel kõigil valitsustasanditel ning see väljenduks ka erialase pädevuse arendamises ja valdkonna rahastamises. Et seda olulist teemat pidevalt fookuses hoida ning tagada ka vajaminev rahastamine, kutsuti aprillis 2012 siseminister Ken-Marti Vaheri algatusel taas kokku uimastiennetuse valitsuskomisjon. Komisjoni töö aluseks ongi teadvustamine, et uimastilevik on mitmete põhjuste ja laialdase mõjuga probleem ning et uimastiennetusega tuleb tegeleda senisest ühtsemalt, jagades sisulist vastutust eri ministeeriumide vahel ning jälgides üksteise töötulemusi, et koostöös saavutada sünergia. Komisjon annab eri osapooltele võimaluse kavandada ühiseid tegevusi ning arutada jooksvaid probleeme regulaarselt ja kõrgel tasemel. Lisaks siseministrile kuuluvad komisjoni haridus-, justiits- ja sotsiaalminister, uimastivaldkonnaga seotud ametkondade juhid, teadlased ning kohalike omavalitsuste ja vabakonna esindajad. Seni on uimastiennetuse valitsuskomisjon kohtunud neli korda, arutanud põhjalikult hetkeseisu ning vajadusi ravis, ennetuses ja uimastite pakkumise vähendamises ning on asunud looma strateegilist dokumenti sõltuvuste vähendamiseks järgmistel aastatel.

Varasemalt oli riiklikus strateegialoome protsessis otsustatud, et kui lõpeb „Narkomaania ennetamise riiklik strateegia kuni aastani 2012”, siis liidetakse narkomaania vähendamiseks planeeritud tegevused ühe peatükina sotsiaalministeeriumi laiapähhjalisse rahvatervise arengukavasse, ning et eraldi narkomaania ennetamise strateegiat enam ei tule. Uimastiennetuse valitsuskomisjon on aga otsustanud, et lisaks valitsuse poolt kinnitatud rahvastiku tervise arengukavale, kus on ära toodud eri asutuste tegevused narkomaania vähendamiseks ja nende elluviimiseks planeeritud rahastus, on siiski vaja omaette riiklikku strateegiadokumenti, mis kirjeldab ühist visiooni, töö põhimõtteid ja eeldusi selles valdkonnas töötavatele arvukatele partneritele. Samuti on komisjonis arutatud, et edasise töö üheks vormiks saavad olema väikesed töögrupid, mis moodustatakse konkreetsete probleemide lahendamiseks. See aitab läbi mõelda süsteemi kitsaskohti ning planeerida ametkondade vahelist koostööd, et saavutada ühised eesmärgid.

## Uimastisõltuvuste vähendamise kontseptsioonidokument 2013–2016

Ken-Marti Vaheri ettepanekul on siseministeerium võtnud enda juhtida uue strateegilise dokumendi koostamise uimastisõltuvuste leviku vähendamiseks Eestis. Dokumendi kirjutamisel võeti arvesse eelmise strateegia lõpuni saavutamata jäänud eesmäärke, uuriti teiste riikide viimaste aastate narkostrategiaid ning arutati kitsaskohti valdkonnas aastaid töötanud ekspertidega. Dokumendi esimest tööversiooni arutatakse praegu komisjonis, dokument peaks valmima 2013. aasta teise kvartali lõpus.

Ehkki läbirääkimised alles käivad ja vara on rääkida uimastiennetuse järgmise perioodi otsustest, on eelmise narkostrategia juurutamise juures olnud eksperdid ja teenusepakkujad andnud üsna selge suuna: uimastiennetuse tervikpildi osi tuleks vaadelda kui omaette alasüsteeme, mis läbivad mitme ministeeriumi valitsemisalasid, ja nende süsteemide kokkusidumine peab saama senisest suurema tähelepanu ja juhtimise osaliseks.

### Uimastitega seotud kahju terviklikuks vähendamiseks on Eestis tarvis järgmisi hästi koordineeritud alasüsteeme:

1. **Esmase (universaalse) ennetuse süsteem.** Edukaks esmaseks ennetuseks on vaja, et kõigi lastel ja noortel oleksid positiivsed peresuhted ning head sotsiaalsed, emotsionaalsed ja enesekontrolli oskused, et nad püsiks koolis ning väldiksid tubaka, alkoholi ja uimastite katsetamist sootuks või lükkaksid selle võimalikult hilisesse ikka. Esmase ennetus tegeleb üldiste normide kujundamisega pere ja kooli tasandil enne lapse teismega, kuid on mõeldud ka teistele ühiskonnagruppidele, kel ei ole negatiivseid kokkupuuteid uimastitega. Hästi toimiv esmase ennetuse süsteem annab tavaelanikkonnale üldised

oskused end kaitsta ning soodustab olukorda, kus riskirühmadesse satub suhteliselt vähe inimesi. Esmane ennetus toimib, kui sellesse kaasatakse ja võimestatakse senisest oluliselt enam lapsevanemaid, lasteaedu ja algkooli. Samuti saavad koolid ja kohalikud omavalitsused ise palju ära teha, luues uimastivabu tsoone, seda nii füüsiliselt kui ka kogukonna kõigi osapooltega sõlmitud kokkulepete kaudu.

2. **Varajase märkamise ja sekkumise süsteem** on hädavajalik selleks, et tähelepanu- ja käitumishäirega ning muude probleemidega lapsed saaksid asjakohast abi enne, kui nad jõuavad teismeliseks, mil probleemid võivad muutuda tõsisemaks ja vaja on alaealiste komisjoni või politsei sekkumist. Järgmise strateegiaperioodi jooksul tuleb edasi arendada varajase märkamise ja sekkumise ühtseid juhiseid õpetajatele, perearstidele, lastekaitse- ja sotsiaaltöötajatele, politseile ning koolide tugiteenuste pakkujatele. Samas on väga oluline, et arendataks ka ambulatoorseid teenuseid ja lühinõustamist, mis aitaks lahendada probleeme võimalikult vara ja vältida edasist kahju.
3. **Kahjude vähendamise süsteem** neile, kel on sõltuvus välja arenenud, kuid kes ei suuda uimastite tarvitamisest täielikult loobuda. Teaduskirjandus ja kogemused nii Eestis kui ka mujal kinnitavad, et kui täielik loobumine ei ole sõltlasele parajasti jõukohane, on kahjusid nii sõltlastele endale kui ka ühiskonnale võimalik oluliselt vähendada, kui uimasteid saab manustada turvaliselt. Süstlavahetus, metadoon-asendusravi ja üledoosivastane ravi on mõned tuntumad tõendus põhised kahjude vähendamise praktikad. Selliste teenuste pakkumine on kasulik ka seetõttu, et uimastisõltlased astuvad kahjude vähendamise kontekstis kontakti teenusepakkujatega, kes saavad neid edasi nõustada ja ravile suunata.
4. **Ravi- ja rehabilitatsiooni- ehk taastusabi süsteem** on Eestis küll arendamisel, ent siiani on probleemiks teenuste väike maht ja personali vähesus. 2012. aasta seisuga oli Eestis statsionaarse narkoravi jaoks 36 voodikohta, mis on tänast narkosurmade arvu arvestades ilmselgelt liiga vähe. Ravisüsteem võiks järgmisel perioodil senisest enam lõimuda tavalisse tervishoiuteenuste võrku ning töötada koos taastusabi süsteemidega, mis aitavad sõltuvusse sattunud inimesel taas omandada oskused ja võime enda eest ise hoolitseda ning tööturule jõuda.
5. **Jätkuteenuste süsteem** neile, kes on sõltuvusravi lõpetanud või vabanevad vanglast ning keda on tarvis aidata tagasi tööturule. Järelteenused ja taasühiskonnastamise teenused on praegu suhteliselt killustatud ning paljudes omavalitsustes ei ole nende roll kuigi märkimisväärne. Siin on ravi- ja taastusabisüsteemil palju võimalusi teha koostööd Töötukassaga, omavalitsustega, tööandjatega, kutseharidusega ja vabaühendustega, kes saavad aidata tegevusi koordineerida.
6. **Uimastite pakkumise vähendamise süsteem** keskendub illegaalsete uimastite turu tõkestamisele, et uimasteid oleks võimalikult vähe kätte saada. Selles süsteemis peavad koostööd tegema ja ühiseid tööpõhimõtteid jagama politsei, prokuratuur, kohus, toll, Eesti Kohtuekspertiisi Instituut ja Ravimiamet.
7. **Seiresüsteem** ühiste indikaatorite kehtestamiseks ja jälgimiseks, milles on jällegi oluline panus kõigi osalevate partnerite andmekvaliteedil ja töö. Selle süsteemi eestvedajaks võiks olla Tervise Arengu Instituut koostöös valitsuse uimastiennetuskomisjoniga.

Kõigis ülalmainitud punktides tehakse Eestis juba praegu palju, kuid peaaegu kõigis aspektides valitseb killustatus, välja arvatud pakkumise vähendamine ja seire. Paljusid tegevusi on rahastatud projektipõhiselt ja tulemused ei ole olnud ootustele vastavad. Eri süsteemide koordineeritud arendamine nõuab oluliselt rohkem nii raha kui ka inimressursse. Loodetavasti aitab ühise visiooni selgeksrääkimine ja suundade seadmine neid ressursse juurde tekitada ning motiveerib kõiki osalisi ja sõltuvustest paranejaid uue innuga pingutama.

*Lisainfo uimastiennetuse valitsuskomisjoni töö kohta: Riina Raudne, riina.raudne@siseministerium.ee*

# Uimastiennetuse üldised põhimõtted noorte hulgas



**Karin Streimann**  
*Tervise Arengu Instituut*

Artikkel annab ülevaate uimastiennetuse tasanditest ja tegevuspõhimõtetest nendel tasanditel, uimastite tarvitamist mõjutavatest riski- ja kaitseteguritest ning eri osapoolte võimalustest uimastiennetustöös noorte hulgas.

Eesti noorte terviseprobleemidest on ühed tõsisemad ning kahjutoovamad need, mis on seotud uimastitega. Kasvueas noorukid, kelle keha ja isiksus on veel arenemisjärgus, on uimastite poolt eriti haavatavad. Lapsepõlves ja teismeeas alguse saanud käitumismustrid mõjutavad inimesi läbi elu (Crews jt 2007, Fox jt 2010). Kuigi uimasti tarvitamine võib igas elueas viia sõltuvuse tekkeni, tekib sõltuvus seda suurema tõenäosusega, mida nooremata inimene uimastit tarvitama hakkab (*National Institute on Drug Abuse* 2008). Sellepärast on eriti oluline aidata noortel inimestel uimastite kasutamist vältida või lükata esmakordne uimastite kasutamine võimalikult hilisesse ikka.

## Uimastitarvitamise riski- ja kaitsetegurid

Miks mõni noor hakkab uimastit regulaarselt tarvitama, teine aga mitte? See sõltub nii noorukist endast kui ka paljudest välistest asjaoludest. Uimastitarvitamise tõenäosust ning sõltuvuse teket suurendavaid tegureid nimetatakse riskiteguriteks. Mida rohkem riskitegureid, seda suurem on oht, et uimastitarvitamine viib sõltuvuseni. Uimastitarvitamise tõenäosust vähendavaid tegureid nimetatakse aga kaitseteguriteks. Nii riski- kui kaitsetegurid võib noorte puhul jagada neljaks: 1) individuaalsed ehk psühholoogiline ja füsioloogiline haavatavus uimastite suhtes; 2) kooli ja eakaaslastega seotud; 3) perega seotud; 4) ühiskonnaga seotud tegurid (Tervise Arengu Instituut 2011). Riski- ja kaitsetegurite mõju sõltub ka lapse vanusest. Näiteks nooremale lapsele avaldavad suuremat mõju perega seotud tegurid, noorukile aga kooli ja eakaaslastega seotud tegurid (*WHO* 2000). Järgnevalt mõned näited riski- ja kaitseteguritest:

1. **Individaalsetest** riskiteguritest võib välja tuua: elamustejanuline käitumine, impulsiivsus; ebaadekvaatne enesehinnang (nii madal kui ka ülemääraselt kõrge); puudulikud sotsiaalsed oskused; agressiivne või antisotsiaalne käitumine; psüühilised häired. Kaitsetegurid on aga näiteks adekvaatne enesehinnang; optimistlik ellusuhtumine; sotsiaalsed oskused; hea kohanemisvõime; vaimse ja füüsilise tervise probleemide puudumine; moraalsed ja religioossed tõekspidamised; varajase kaotuse ja trauma puudumine.

2. **Kooli ja eakaaslastega seotud** riskiteguritest on olulisemad: halb psühhosotsiaalne keskkond koolis; madalad akadeemilised saavutused ja/või õpiraskused, kooli üritustel mitteosalemine; nõrk tervisekasvatus koolis, vanemate vähene huvi kooli tegevuste ja hariduse vastu; sõbrunemine uimasteid tarvitavate eakaaslastega; kampadesse kuulumine. Kaitsetegurid on toetav kool ning sealt saadud kogemused; tervisealaste teadmiste andmine ning tervise väärtustamine koolis; vanemate seotus kooliga; hea edasijõudmine koolis, kooli pidev huvi õpilaste käitumise vastu; sotsiaalsete oskuste õpetamine koolis; aktiivne osalemine noorteerühmas või -organisatsioonis.

3. **Perega seotud** riskitegurid on: uimasteid tarvitavad vanemad; vanemate salliv suhtumine uimastitarvitamisse; pinged ja tülid perekonnas; vanematepoolne üle- või alahoolitus; lapse ja vanema vahelise kiindumise puudumine; traumaatilised sündmused (psüühiline, füüsiline või seksuaalne väärkohtlemine, vanemate lahtetus või surm). Kaitsetegurid on aga vähemalt ühe stabiilse täiskasvanud hooldaja olemasolu; vähe pingeid ja ebakõlasid perekonnas; toetav perekeskkond; mõõdukas vanemlik kontroll ja järelevalve; avatus mõttevahetusele ja probleemide arutamisele.

4. **Ühiskonnaga seotud** riskiteguritest on olulisemad: uimastite kerge kättesaadavus; ühiskonnas valitsevad soosivad hoiakud ja normid uimastite tarvitamise suhtes; vaesus; vähesed või puuduvad sidemed naabrite ja teiste ühiskonnaliikmetega; kultuurilise kuuluvuse puudumine. Kaitseteguriteks on aga toetavate täiskasvanute olemasolu; psüühikoaktiivsete ainete tarvitamist mitte soosivad seadused ja hoiakud; ühiskonnaliikmete avatus ja abivalmidus; ressursside kättesaadavus (lastehoid, hoolekanne ja tervishoid, haridus, võimalused vaba aja veetmiseks ja transport). (Kiive jt 2007, Streimann 2007, Silmere 2006).

Omaette riskiteguriteks on **uimasti tarvitamine varajases eas ning uimasti tarvitamise viis** (*National Institute on Drug Abuse* 2008). Kuigi uimasti tarvitamine võib igas elueas viia sõltuvuseni, tekib sõltuvus seda suurema tõenäosusega, mida nooremana inimene uimastit tarvitama hakkab. Sõltuvuse tekkel on riskiteguriks ka tarvitamise viis: näiteks narkootikumi suitsetamine või veeni süstimine suurendab sõltuvuse kujunemise riski, kuna nende tarvitamisviiside korral jõuab uimasti aju sekunditega ning tekitab kiiresti võimsa naudingutunde (*ibid*); *snusi* ehk huuletubaka tarvitamine tekitab aga sigaretsisuitsetamisega võrreldes kergemini nikotiinisõltuvuse (Lund ja Scheffels 2013).

## Uimastiennetus ja selle tasandid

Ennetustöö on töö, mida tehakse mingi ebasoovitava nähtuse või protsessi tekkimise ennetamiseks või selle arengu pidurdamiseks (Laane ja Laane 1999). Uimastiennetuse ülesanne on ära hoida erinevate probleemide, nagu näiteks tervisehäirete, sotsiaalprobleemide, kuritegevuse, koolist väljalangemise ning töövõime kaotuse teket ja süvenemist (Sotsiaalministeerium 2004). Siiski ei tegele uimastiennetus üksnes uimastitega, vaid ka tervisedendusega üldiselt – eesmärk pole ainult (sõltuvus)haiguse puudumine, vaid **inimeste täielik sotsiaalne ning füüsiline heaolu** (*WHO* 2000). Kui inimestel, kaasa arvatud noortel, on olemas vajalik teave, oskused, toetav psühhosotsiaalne keskkond ja võimalused tervist toetavate teadlike valikute tegemiseks, siis nad suurema tõenäosusega ka hoolivad oma tervisest.

Uimastiennetuses on oluline roll nii perekonnal, koolil ja eakaaslastel kui ka kogukonnal ja ühiskonnal. Tõhusa ennetustöö eelduseks on süstemaatiline ja laiahaardeline lähenemine, sest laste käitumist ei mõjuta ainult nende isiklikud hoiakud ja eakaaslaste surve, vaid ka neid ümbritsev otsene ja kaudne keskkond. Seega tuleb efektiivse ennetustöö elluviimiseks pöörata tähelepanu riskitegurite vähendamisele ja kaitsvate tegurite suurendamisele igal tasandil (Silmere 2006).

Ennetustööd viiakse läbi kolmel tasandil: kogukonnale suunatud universaalne ennetus, gruppidele suunatud valikuline ennetus ning indiviidile suunatud näidustatud ennetus.

1. **Universaalse ennetuse** sihtrühmaks on kogu elanikkond (kogukond, õpilased, naabruskond); ennetustöö kätkeb endas teavitust uimastitega seotud faktidest; uimastite suhtes taunivate hoiakute ja väärtushinnangute kujundamist; sotsiaalsete toimetulekuoskuste õpetamist nii kodus kui koolis (probleemide lahendamisoskus, suhtlemisoskus, tugevate emotsioonidega toimetuleku oskus); uimastite kättesaadavust ja tarvitamist piiravaid õigusakte ja järelevalvet nende täitmise osas riigi- ja kohalikul tasandil. Uimastiennetustöö eesmärk on noorte hulgas ära hoida uimastite proovimist ja kasutama hakkamist või seda edasi lükata. Universaalne ennetus tegeleb kogu elanikkonnaga, luues ühelt poolt tervislikke valikuid toetavat keskkonda ja pakkudes probleemide ennetamiseks vajalikku infot, oskusi ja teenuseid.

2. **Valikuline ennetus** keskendub haavatavatele gruppidele, kes on vastuvõtlikud uimastitele, kuid ei ole uimasteid veel tarvitama hakanud. Haavatavad noorterühmad on näiteks õpiraskustega noored; uimasteid tarvitavate vanemate või vanemliku hoolitsuse ja toeta lapsed; noored õigusrikkujad; erivajadusega noored; töötud noored; koolikohustuse mittetäitjad jt ebasoodsas olukorras noored. Neil noortel on suurem oht muutuda sotsiaalselt tõrjutuks, omada puudulikku ligipääsu ühiskondlikele ressurssidele, nagu näiteks sotsiaal- ja tervishoiuteenused ning võimalused vaba aja veetmiseks, mis omakorda tõstab uimastitarvitamise ja sellega kaasnevate probleemide tekkimise tõenäosust. Valikulise ennetuse puhul on oluline haavatavatesse gruppidesse kuuluvaid noori varakult märgata ning pakkuda toetust ja abi haavatavuse vähendamiseks, näiteks võimaldades õpiraskustega õpilastele võimetekohast õpet, nõustades ja toetades perekondi, sh pakkudes neile vanemaharidusprogramme, kriisinõustamist jms.

3. **Näidustatud ennetustöö** keskendub teatud individuaalsetele isiksuseomadustele ning on kõige aja- ja ressursimahukam. Sihtrühmaks on need noored, kellel on suur risk uimastiprobleemide tekkeks, nagu näiteks aktiivsus- ja tähelepanuhäirega lapsed; trauma läbi elanud lapsed; muude käitumis- ja psüühikahäiretega noored. Oluline on probleemide varajane märkamine ja sekkumine, noorte vajalikele teenustele suunamine. Alati pole eesmärgiks üksnes narkootikumide proovimise ja kasutama hakkamise ärahoidmine või edasilükkamine, vaid ka tarvitamise vähendamine ning sõltuvuse tekke ärahoidmine. Näidustatud ennetustöö sisaldab endas mittehinnangulist suhtumist, uimasti tarvitaja motiveerimist ja toetamist, nõustamis-, võõrutus- ja asendusravi teenuste pakkumist ning hilisemat rehabilitatsiooni pärast ravi lõppemist (Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus 2008, Sotsiaalministeerium 2005, Ratliff-Crain 2010, *European Monitoring Centre ...* 2012, Kumpfer ja Baxley 1997).

## Mis iseloomustab edukat ennetusprogrammi

Aastakümneid on püütud välja selgitada, miks mõned uimastiennetustegevused ja -programmid toovad endaga kaasa paremaid tulemusi kui teised. Programmide hindamisega on paika pandud need põhikomponendid, mis on noortega tehtavas ennetustöös rohkem kasu kaasa toonud. On leitud, et efektiivsemateks osutunud tegevustel on olemas selged eesmärgid, tegevused on pikaajalised ning tegeldakse eakohaste teadmiste, oskuste ning käitumisega. Hästi toimivate ennetusprogrammide kindlaks komponendiks on suhtlemise, enesekehtestamise, probleemilahenduse ja otsusetegemise parandamine. Tähtis on programmi vastavus noorte arengulistele ning kultuurilistele vajadustele. Edukamad on tegevused, mis kasutavad interaktiivseid meetodeid, nagu näiteks arutelu, grupitööd, rollimängud, noortelt noortele õpe, ning ei edasta informatsiooni üksnes ühepoolset. Edukad programmid on laiaulatuslikud ning hõlmavad tegevustega kogu paikkonda (*DrugScope & Alcohol Concern* 2006, Talu jt 2005, Tervise Arengu Instituut 2011).

## Eri osapoolte ülesanded

Erinevatel osapooltel on oma roll uimastiennetustöös. Järgnevalt kirjeldan lühidalt nende võimalusi ennetustöökäitumistega.

**Lapsevanemad** ja lähedased saavad lapsega uimastitest (nii legaalsest kui illegaalsest) rahulikult rääkida ning püüda kirjeldada enda seisukohti ning tundeid. Teemade vältimine võib viia vaid selleni, et noor kogub endale teadmisi tänavalt, sõpradelt või interneti vahendusel ning need teadmised ei pruugi olla korrektsed. Oluline on ära kuulata noore arvamusi ja seisukohti ning vältida muret lapse tervise, turvalisuse ja heaolu pärast (Tervise Arengu Instituut 2009). Hea on hoida ennast kursis ka lapsele koolist antavate teadmistega uimastitest ning neid üheskoos läbi arutada. Vanema-lapse omavaheline usalduslik suhe ja aktiivne osavõtt lapse elust (lapse kuulamine, lapse tegevuste- ja õppimisega kursis olemine, lapse sõprade tundmine, huvi lapse käekäigu vastu ning lapse murede ja probleemide jagamine) on uimastitarvitamisega alustamisel oluliseks kaitseteguriks. Väga oluline on pereliikmete üksteisele olemasolu ning ühistegevusteks aja leidmine (Robertson jt 2003).

Tähtis on meeles pidada, et noori võib põhimõtteliselt erinev suhtumine alkoholi ja keelatud uimastitesse üksnes segadusse ajada. Alaealise jaoks on kõik uimastid keelatud: vanemate selgelt tauniv hoiak uimastite tarvitamisele aitab edasi lükata noore uimasti tarvitamist. Selgete reeglite, kohustuste ja tagajärgede üheskoos paika panek, järjepidev (mõõdukas) distsipliin tugevdamiseks perekondlikke reegleid ning kiitus ja tunnustus sobiva käitumise eest on olulisemad märksõnad kodus uimastiennetustöös (Robertson jt 2003).

Lapsed õpivad palju jälgides ning matkides ja lapsevanema isikliku eeskujuga on lapse hilisemate hoiakute kujunemisel äärmiselt oluline. Nii tuleks alkoholi juues lastele selgitada, miks täiskasvanud joovad ning kuidas teha seda end kahjustamata. Kui lapsevanem suitsetab, võiks see olla ennekõike õppetund sõltuvuse ohtlikkusest. Ka avameelne vestlus täiskasvanu kogemustest keelatud uimastitega võib olla väärtuslik (Tervise Arengu Instituut 2009).

**Kool** on kohaks, kus laps viib suurema osa oma päevast. Kool saab samuti panustada laste igakülgsele arendamisele, sotsiaalsete oskuste ning väärtuste õpetamisele ja kujundamisele. Hästitoimiv uimastiennetus koolis koosneb mitmest komponendist. Koolid saavad:

- luua turvalise, toetava ja uimastivaba koolikeskkonna kogu kooliperele
- määratleda kooli reeglid uimastivaldkonnas ning neid regulaarselt hinnata ja täiendada
- järjepidevalt ja süsteemselt planeerida, viia ellu ja hinnata uimastiennetustegevusi (sh ka kogukonnapõhiseid uimastiennetustegevusi) ning lahendada uimastitega seotud olukordi
- korraldada õpilaste/abivajajate ligipääs koolisisestele ning -välisestele tugiteenustele
- kaasata õpilasi aktiivselt koolis valitsevate normide ja koolis valitseva õhkkonna välja kujundamisse
- vähendada koolis esinevat uimastitega seotud häbimärgistamist
- anda riikliku õppekava põhised uimastiharidust, kus tegeletakse eakohaste teadmiste, oskuste ning käitumiste omandamisega
- koolitada töötajaid, vanemaid ning hooldajaid uimastitega seotud teemadel
- võtta osa kohalikest ja üleriigiliselt korraldavatest uimastiennetuslikest projektidest
- toetada õpilaste õppetöövälisest huvitegevustest osavõttu koolis ja kogukonnas.

**Noorsootöötajate** ning noortega töötavate spetsialistide poolt ellu viidav uimastiennetus täiendab koolis ja kodus pakutatavat tervisekasvatust ning võib oma mitteformaalse lähenemise poolest olla paljudele noortele sobiv. Need spetsialistid puutuvad tihti kokku noortega haavatavatest gruppidest, kes on vastuvõtlikumad uimastiprobleemide tekkele (Tervise Arengu Instituut 2011). Parim viis töökäitumise noortega noortekeskustes või teistes noorteorganisatsioonides on mitteformaalne lähenemine ja aktiivse õppimise meetodite kasutamine. Aktiivõppe põhimõtte on noorte kaasamine ning nende isiklik panus protsessi kulgu, mis viib iseseisva mõtlemise arenemisele (Kull ja Saat 2004).



Noorsootöötajad saavad:

- pakkuda noortele infot ja nõu,
- toetada ja julgustada noori tegema tervist toetavaid valikuid,
- toetada noore iseseisvate otsuste tegemist pärast tervikliku informatsiooni omandamist,
- tõsta noorte enesekindlust ja arendada sotsiaalseid toimetulekuoskusi,
- arendada riskikäitumise eest kaitsvaid tegureid,
- aidata noortel pääseda ligi tervishoiuteenustele,
- toetada noortelt noortele kooolitusi või mentorlusprogramme,
- pakkuda tuge vaimsete ja/või füüsiliste probleemidega noortele (Hunter ja Payne 2007).

**Kogukonna roll** uimastiennetuses peaks olema osalev, mitte vaid teenuseid planeeriv ja pakkuv. Kogukond peaks aktiivselt osalema probleemide ja vajaduste kindlaks tegemises, lahenduste välja töötamises ning sekkumiste läbi viimises ja hindamises. Ennetustöö kogukonnas peaks olema laiaulatuslik ning tugevdama kogukonna kaasatust ning eneseabi võimalusi (WHO 2000). Ennetustegevused võivad olla näiteks: teadlikkuse tõstmise ja hoiakute kujundamise kampaaniad, uimastite kättesaadavuse vähendamise alased tegevused (näiteks järevalve tõhustamine), probleemsetest perede laste toetamine ja kaasamine, alternatiivide väljapakumine ning võimaldamine noortele (huviringid, liikumis- ja sportimisvõimalused), uute töökohtade loomine noortele töötutele jne. Kogukondlikud uimastiennetustegevused peaksid olema vajadustele vastavad ning lähtuma sellest, millise uimasti tarvitamisega on hetkel kogukonnas probleeme (Robertson jt 2003).

## Kuidas märgata uimastiprobleemiga noort

Uimastite tarvitamist ja kuritarvitamist on üsna raske kindlaks teha. Uimastijoove kestab tavaliselt lühikest aega ning tarvitajal on seda kerge varjata. Samuti on jätkuva kuritarvitamise tunnused alguses nõrgad ning seetõttu raskelt märgatavad. Enamus uimastiprobleeme kujuneb välja aeglaselt, nädalate ja kuude jooksul. Sellepärast on keeruline öelda, kas midagi on noorega valesti või on tegemist mööduva nähtusega.

Järgmiseks on toodud võimalikud märgid, mis võivad viidata uimastite tarvitamisele. Nende märkide esinemine üksikult ei näita veel uimastite kuritarvitamist, kuna paljud neist on noorukieale omased ilmingud. Mitme erineva märgi esinemine üheaegselt võib osutada suurema kontrolli vajadusele. Kindlasti tuleks noort kahtluse korral pikemat aega jälgida, püüda temaga rääkida ja seejärel otsustada, kuidas edasi käituda.

Uimastite pruukimisele viitavad:

■ **Järsud muutused käitumises ja tavades**, hoolimatus hügieeni ja riietuse suhtes, ootamatu huvikaotus ja põlglikkus kooli vastu, soovimatus veeta vaba aega koos harjumuspärase sõpradega, püsivate sõprade ootamatu väljavahetamine juhututtavate vastu, koolist puudumine ja langenud õppeedukus, päikeseprillide kasutamine (ka toas) varjamaks muutusi pupillides ja kaitsmaks silmi valguse eest, silmatilkade või suuvärskendaja kasutama hakkamine, eakohasest ja/või harjumuspärasest suurem äkilisus ja närvilisus, seosetu jutt, raha laenamine/kaotamine, asjade müümine, põhjuseta itsitamine ja naerukrambid, järsud meeleolumuutused rõõmsast ja õnnelikust tüdinenud ja pahuraks, ootamatud tundepehanguid.

■ **Füüsilised muutused** senisest sagedamini nohune ja kinnine nina, punased silmavalged ja vesised silmad, kõhahood näiliselt tervel inimesel, seletamatu väsimus, ükskõiksus, isu- ja kehakaalulangus, kratsimisjäljed ihul, ahenenud või laiunenud pupillid, ebatavaline miimika või lihaste tõmblemine vestluse ajal, süstimisjäljed, armid ja sinikad (eriti küünarliigese piirkonnas või küünarvarrel), ebaselge kõne, tasakaaluhäired, sagedased kukkumised ja õnnetused.

■ **Esemelised leiud**. Tarvitaja riietes või tema poolt kasutatavates ruumides võib leida: alkoholipudeleid; suitsupakke; tikke või välgumihkleid; vereplekke ja/või jälgi nende

eemaldamisest särgivarrukatel; süstlaid ja/või süstlanõelu; painutatud ja tahmaseid lusikaid; tahmaseid metallkaasi; imeliku lõhnaga väikeseid metallkarpe; pruuni/musta värvi tükke, millel on magusapoolne lõhn; piibu ja selle puhastusharju; sigaretipaberi ja -rullija; väga väikestesse pakenditesse (sageli alumiiniumfooliumisse ja/või kilesse) pakitud pulbrit; erilise värvi, märgistuse või logoga tablette; spetsiaalsete motiividega väikeseid paberitükke; suuri rahasummasid, mille omamist põhjendatakse teiste raha hoidmisega.

■ **Sotsiaalsed probleemid.** Tarvitamisele võivad viidata tarvitaja: lubadustest ja kokkulepetest mitte kinnipidamine; valetamine; konfliktide teke kooli, kodu ja politseiga ning nende alavääristamine; suur huvi uimastite vastu ning teiste tarvitajate eest seismine; suhtlemine tuntud kuritarvitajatega; eakaaslastest suurem negatiivne suhtumine üldistesse ühiskonnainormidesse (Politsei- ja Piirivalveamet, Tervise Arengu Instituut 2011).

Samas võivad selliseid muutusi läbi teha ka noored, kel pole mõtteski uimasteid proovida. Nimekiri võib abiaks olla võimalike probleemide tuvastamisel ja tarvitamise varajasel avastamisel, kuid oluline on meeles pidada, et **mitmed tunnused võivad esineda ka erinevate haigusnähtude korral ega anna otsest alust diagnoosimiseks. Lõpliku diagnoosi saab panna ainult arst!** Kui sa oled mures nooruki käitumise pärast ja kui muutused kestavad rohkem kui paar nädalat, siis ilmselt vajab nooruk abi. Ehkki abi pakkumine ja otsimine võib olla keeruline, on uimastit kuritarvitava noore aitamine väga oluline – ta ei pruugi ise olla võimeline abi leidma või suuta seda otsida.

## Kuidas vestelda noorega uimastitest

Kahtluse korral, et nooruk võib kuritarvitada uimasteid, tasub kõigepealt tema endaga rääkida. Järgnevalt mõned nõuanded vestluseks noorega:

1. Plaani vestlust ette. Vali aeg, millal ta pole uimasti mõju all, püüa jääda rahulikuks ning vestelda temaga ajal ja kohas, kus teid ei segata.
2. Teavita last oma kahtlustest ning selgita välja faktid. Püüa jääda rahulikuks ja mitte vihastada ka siis, kui arvad, et laps valetab.
3. Palu lapsel oma seisukohti kirjeldada ning kuula, mida tal öelda on.
4. Näita, et muretsed lapse tervise ja heaolu pärast, ning kinnita, et ta saab alati arvestada sinu toetuse ja abiga.
5. Räägi lapsele, missugune käitumine on lubatud ja missugune mitte, ning selgita, et laps vastutab nii oma tegude kui nende tagajärgede eest.
6. Ära ähvarda karistusega. Uimastite tarvitamise puhul ei piisa vaid karistamisest, kuna see ei lahenda lapse tegelikke probleeme.
7. Kirjelda lapsele valikuvõimalusi abi saamiseks.
8. Selgita, mida sa edasi teed (näiteks võtad ühendust pereliikmete, õpetaja, lastekaitsetöötaja või politseiga) (Tervise Arengu Instituut 2009 ja 2011).

Hea mõte on rääkida nooruki perekonnaga või lähedastega ning õhutada noorukit ennast nendega rääkima. Enamasti teab perekond noort kõige paremini ning hooliva pere tugi on väga oluline. Samas, kui peresuhted on keerulised ja peres esineb vägivalda, siis võib perekonna kaasamine kasu asemel hoopis kahju teha. Noorele abi otsides võib alguses ka ise professionaalsete abipakkujatega ühendust võtta, uurida lähemalt abi saamise võimaluste kohta või arutleda probleemi ning võimalike lahenduste üle.

Kui nooruk soovib saada professionaalset abi, siis võib temaga koos uurida erinevaid abisaamisvõimalusi. Abi võib saada nii psühholoogi või terapeudi juures käimisest kui ravist psühhiaatri juures, lisaks on olemas usaldustelefonid, tugigrupid jms (vaata täpsemalt <http://www.narko.ee/nou-ja-abi/>). Noore nõusolekul võib temaga esimesel korral ka psühholoogi või psühhiaatri juurde kaasa minna.

Keerulisem on aga aidata kedagi, kes ei soovi abi saada. Kui ohus on lapse tervis, turvalisus, areng või heaolu, tuleb abivajavast lapsest teatada lastekaitsetöötajale ja vajadusel politseile. Kuna valla- või linnavalitsusel ja politseil on õigus isikuandmeid töödelda, võib neile edastada andmeid lapse abivajaduse kohta ka ilma lapse ja/või tema seadusliku esindaja nõusolekuta (Lasteombudsman 2011). Kiired reageerimist nõudva ohu korral helista numbril 112.

## Viidatud allikad

**Crews, F., He, J., Hodge, C.** (2007). Adolescent cortical development: a critical period of vulnerability for addiction. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, vol 86, 2, 189–199.

**DrugScope, Alcohol Concern** (2006). *Drugs: guidance for the Youth Service*. London: Drugscope.

**Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus** (2008). Uimastiprobleemide olukord Euroopas: 2008. aasta aruanne. Luxembourg: Euroopa Ühenduste Ametlike Väljaannete Talitus.

**European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)** (2012). Prevention responses to drug use in the EU. <http://www.emcdda.europa.eu/themes/prevention/responses-in-eu> (27.03.2013).

**Fox, S. E., Levitt, P., Nelson III, C. A.** (2010). How the timing and quality of early experiences influence the development of brain architecture. *Child development*, vol 81, 1, 28–40.

**Hunter, B., Payne, B.** (2007). *Being Healthy: The Implications for Youth Work of Every Child Matters*. Leicester: The National Youth Agency.

**Kiive, E., Kull, M., Põiklik, E., Saat, H.** (2007). Sotsiaalsete toimetulekuoskuste õpetus. Õpetajaraamat I kooliastmele (1.–5. klassile lihtsustatud õppekava järgi). Tallinn: Puffet Invest.

**Kull, M., Saat, H.** (2004). Sotsiaalsete toimetulekuoskuste õpetus: õpetajaraamat 7.–9. klassile ja gümnaasiumile. Tallinn: Kirjastus Ilo.

**Kumpfer, K. L., Baxley, G. B.** (1997). *Drug abuse prevention: What works?* Rockville: National Institute on Drug Abuse.

**Laane, E., Laane, K.** (1999). Teavet probleemkäitumiste ennetustöök. Tallinn: Trükkal.

**Lasteombudsman** (2011). Abivajavast lapsest teatamine ja andmekaitse. Juhend. [http://lasteombudsman.ee/sites/default/files/abivajavast\\_lapsest\\_teatamine\\_ja\\_andmekaitse\\_-\\_juhend.pdf](http://lasteombudsman.ee/sites/default/files/abivajavast_lapsest_teatamine_ja_andmekaitse_-_juhend.pdf) (27.03.2013).

**Lund, I., Scheffels, J.** (2013). The Relative Risk to Health From Snus and Cigarettes: Perceptions of the Relative Harmfulness of Snus Among Norwegian General Practitioners and Their Effect on the Tendency to Recommend Snus in Smoking Cessation. *Nicotine & Tobacco Research*, vol 15, Nr 1, 304–305.

**National Institute on Drug Abuse** (2008). *Addiction: Drugs, Brains and Behaviour – the Science of Addiction*. National Institute of Drug Abuse, National Institute of Health, Department of Health and Human Services.

**Politsei- ja Piirivalveamet**. Narkootikumide tarvitamise üldtunnused. <http://www.politsei.ee/et/nouanded/narko/narkootikumide-kuritarvitamise-yldtunnused/> (27.03.2013).

**Ratliff-Crain, J.** (2010). *Drugs and Human Behavior: A Biopsychosocial Perspective*. Worth Publishers.

**Robertson, E.B., David, S.L., Rao, S.A.** (2003). *Preventing Drug Use among Children and Adolescents. A Research-based Guide for Parents, Educators and Community Leaders* (second edition). National Institute on Drug Abuse.

**Silmere, H.** (2006). Riski- ja kaitsetegurite tähtsusest tõendusel põhinevas uimastiennetustöös. *Sotsiaaltöö* 1, 48–54.

**Sotsiaalministeerium** (2004). Narkomaania ennetamise riiklik strateegia aastani 2012.

**Sotsiaalministeerium** (2005). Eesti Riiklik HIV ja AIDSi strateegia aastateks 2006–2015.

**Streimann, K.** (2007). Laste kogetud alkoholiprobleemid perekonnas Tallinna näitel. Magistritöö. Tallinn.

**Talu, A., Abel, K., Kutsar, K., Laastik, L., Allaste, A.-A., Ahven, A., Neuman, A.** (2005). *Narkomaania Eestis*. Tallinn: AS Spin Press.

**Tervise Arengu Instituut** (2009). Mis on uimastid ja kuidas need meie elu mõjutavad? Nõuandeid lapsevanematele. Tallinn: Ecoprint.

**Tervise Arengu Instituut** (2011). Räägime Tervisest! Juhendmaterjal noorsootöötajatele. Tallinn: Ilo kirjastus.

**World Health Organization** (2000). *Primary Prevention of Substance Abuse: a Workbook for Project Operators*. Geneva: World Health Organization.

# Narkosõltuvuses inimeste abistamine Eestis

**Aljona Kurbatova**

*Tervise Arengu Instituudi nakkushaiguste ja narkomaania ennetamise osakonna juhataja*

Sõltuvusravi ja rehabilitatsiooni teenused on Eestis aastatega muutunud kättesaadavamaks, kuid puuduvad vajaminevad järelteenused, mis aitavad sõltuvusest terveval inimesel ühiskonda lõimuda.

Narkootikumide kuritarvitavatele või nendest sõltuvuses olevatele inimestele mõeldud teenuseid on Eesti riik ühel või teisel viisil toetanud ja arendanud alates 1990. aastate lõpust. Esimesed kahjude vähendamise teenused (süstlavahetus jt) kujunesid välja mittetulundusühingute eestvedamisel juba 1990. aastate keskel. Teenused arenesid paralleelselt tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi arenguga – tekkisid mitmed äri- ja mittetulundusühingud, mis hakkasid osutama üht või mitut sõltlastele suunatud teenust. 2000. aastatel rakendati eri mahus mitmeid kahjude vähendamise, ravi- ja rehabilitatsiooni teenuseid, kuid need ei moodustanud terviklikku süsteemi. Sõltuvusravi võrgustik oli killustatud: osad vajalikud teenused puudusid ning ei olnud välja kujunenud loogilist jada abivajaja suunamiseks teenuste juurde ja teenuste vahel. Teatud mõttes kehtib see siiani, kuid viimastel aastatel on teenuste võrgustik muutunud tihedamaks. Tänapäevane peamine probleem on endiselt ravi- ja rehabilitatsioonivõimaluste ebaühtlane jaotus piirkonniti ja eri teenuste osas. Teenuste valik ei kata kõigi sõltuvusest vabaneda soovijate vajadusi. Peamine puudujääk on see, et valdav enamik uimastiabi teenuseid (süstlavahetus, nõustamine, eri raviteenused) keskendub füüsilisele ja psüühilisele sõltuvusele, mitte uimastitarvitaja taastõimimisele ühiskonda.

## Uimastisõltuvuse ravi- ja rehabilitatsiooniteenused

Uimastisõltuvuse ravi- ja rehabilitatsioonisüsteemi võib vaadelda kui koordineeritud võrgustikku, mis hõlmab eri eesmärkidega teenuseid eri sihtrühmadele. Sellel on palju elemente: alates uimastisõltlase motiveerimisest uimastivabaks eluks lõpetades tema integreerimisega ühiskonda töövõimelise liikmena. Uimastisõltlase ravi- ja sotsiaalse taastumise protsess koosneb mitmest etapist:

- kahjude vähendamise teenused, mille üheks eesmärgiks on esmase kontakti loomine uimastisõltlasega ja tema motiveerimine ravile pöörduma
- ravi (sh asendusravi)
- rehabilitatsioon ehk taastusabi
- järelteenused (Eestis nimetatakse neid ka jätkuteenusteks, järelnõustamiseks või post-rehabilitatsiooniks), mille hulka kuuluvad ka sotsiaalsete toimetulekuoskuste taastamise, tööhoive ja toetatud elamise programmid.

Sõltuvus on krooniline haigus, mille tõttu sõltuvusprobleemidega inimene (ja tihti ka tema pere) vajab pikaajast abi, mitte ühekordset teenust. On väga erinevaid põhjusi, miks inimene on narkootikumidest sõltuvuses. Seetõttu ei saa ka lahendused olla ühesugused. Uimastisõltlaste abistamisel ei kehti üks konkreetne algoritm, pakkuda tuleb laia valikut erinevaid teenuseid, millest spetsialistid koostavad konkreetsele inimesele sobiva teenuste paketi.

Sõltuvusprobleemiga inimese abistamine algab temaga esmase kontakti loomisest, mille käigus spetsialist püüab võita kliendi usalduse, motiveerida teda muutusele ning suunata vajalikule teenusele. Seda tööd teevad ennekõike kahjude vähendamise teenuste osutajad, perearstid ja kriminaalhooldusametnikud, aga ka kõik hoolekandeteenuste osutajad.

---

*Uimastisõltlaste abistamisel ei kehti üks konkreetne algoritm, pakkuda tuleb laia valikut erinevaid teenuseid, millest spetsialistid koostavad konkreetsele inimesele sobiva teenuste paketi.*

---

Ravi ehk võõrutusnähtude leevendamine ja patsiendi seisundi stabiliseerimine on võimalik vaid siis, kui inimene on muutustele avatud ning motiveeritud kaasa töötama. Ravi algab ravisuhte loomisest, mõlemad pooled allkirjastavad ravilepingu. Ravile eelneb patsiendi seisundi põhjalik hindamine, et teenus vastaks patsiendi vajadustele. Oluline on meeles pidada, et kuigi patsient peab olema kaasatud kõigi ravi puudutavate otsuste tegemisse, teevad lõpliku otsuse sobiva teenuse kohta (näiteks võõrutus- või asendusravi) tervishoiuasutuste vastava pädevusega spetsialistid.

Rehabilitatsiooni eesmärk on taastada toimetulek. Taastumisprotsessi edenedes väheneb tervishoiuteenuste roll, põhirõhk on psühhosotsiaalsel abil ning uute hoiakute kujundamisel, eluviisi püsival muutmisel, enesekontrollivõtete ja stressiga toimetuleku õpetamisel. Teenuseosutajad on tervishoiu- ja hoolekandetasutused ning nõustamiskeskused.

Uute käitumismustrite ehk rutiinide loomiseks vajab tervenev sõltlane sotsiaalse toimetuleku oskusi, (täiend)haridust, eluaset ja töökohta. Selleks on vaja talle pakkuda sotsiaal- ja tööhõiveprogramme, mis aitavad omandada uusi oskusi ja naasta tööturule ning mis võimaldavad järjepidevat psühholoogilist ja sotsiaalset tuge ning õigusabi.

## Narkootikumide tarvitajatele suunatud teenused

Kahjude vähendamise teenuseid (sh puhaste süstalde jagamist ning kasutatud süstalde utiliseerimist, sotsiaalnõustamist ja sotsiaalabi) pakub praegu Eestis üheksa organisatsiooni, mis tegutsevad Tallinnas, Maardus, Narvas, Kohtla-Järvel, Jõhvis, Sillamäel, Kiviõlis, Tapal ja Paides.

Täiskasvanute statsionaarse võõrutusravi teenust osutab riigi rahastusel AS Wismari Haigla Tallinnas. Alaealiste statsionaarse võõrutusravi teenust osutavad SA Tallinna Lastehaigla Tallinnas ja SA Tartu Ülikooli Kliinikum Tartus.

Ambulatoorne opioidsõltuvuse asendusravi teenus on kättesaadav Tallinnas, Tartus, Jõhvis, Sillamäel, Narvas ja Kiviõlis. Kokku rahastatakse riigieelarvest ligi 700 ravikohta, millele lisandub ligi 60 kohta, mida rahastab Tallinna Linnavalitsus ning mis on mõeldud ainult Tallinna elanikele.

Statsionaarset meditsiinilise rehabilitatsiooni teenust täiskasvanutele (psühhiaatriline ja muu meditsiiniline abi, psühholoogiline abi, sotsiaalnõustamine, tegevus- ja füsioteraapia, loovteraapia) osutavad praegu riigi rahastusel kaks asutust: SA Viljandi Haigla (naistele ja meestele) ning SA Sillamäe Narkorehabilitatsioonikeskus (meestele).

Peale selle pakuvad sotsiaalse rehabilitatsiooni teenust (mis hõlmab erinevaid kombinatsioone psühholoogilisest, sotsiaalsest ja kogemuslikust abist ning tööteraapiast ja usulistest tegevustest) ka mitmed nn narko- või rehabilitatsioonitalud, mis tegutsevad mittetulundusühingutena. Riik nende asutuste tegevust ei rahasta.

Alaealistele osutab statsionaarset rehabilitatsiooni teenust praegu riigi rahastusel OÜ Corrigo Jõhvis ja Tallinna Linnavalitsuse rahastusel Tallinna Laste Turvakeskus.

Nõustamisteenuseid sõltuvusprobleemidega inimestele ja nende lähedastele pakutakse praegu peamiselt Euroopa Struktuurfondide ning muude välisfondide rahastusel. Teenust osutatakse Tallinnas, Tartus, Rakveres, Jõhvis ja Narvas.

## Peamised väljakutsed teenuste arendamisel

Üheks suurimaks takistuseks sõltlastele suunatud abiteenuste arendamisel on viimastel aastatel olnud asjaolu, et paljud tervishoiusüsteemis töötavad erialaspetsialistid (aga ka üldsus) ei pea sõltuvusravi valdkonnaks, mis vajab samasugust professionaalset ja tõenduspõhist lähenemist nagu kõigi teiste haiguste ravi. Eriarstiabis vastutavad sõltuvusravi eest psühhiaatrid, keda ei ole piisavalt, et tagada vajalikus mahus teenuseid. Samas puuduvad väljaõppinud erialaspetsialistidel (meditsiinitöötajatel, psühholoogidel, sotsiaaltöötajatel) praegu sõltuvusravi alal täiendusõppe võimalused tunnustatud õppekava alusel.

Statsionaarse ravi võimalused erinevate sõltuvusseisundite puhul on väga piiratud. Ainepõhistest raviteenustest on kättesaadav ainult opioidsõltuvuse asendusravi. Stimulantide ja kanepisõltlastele kohandatud ravisekkumised praegu Eestis puuduvad. Väga kaua puudus pikaajaline statsionaarne meditsiiniline rehabilitatsioon naistele ning ainsaks võimaluseks oli sotsiaalne rehabilitatsioon, mis ei sisaldanud psühhiaatrilist abi. Kuigi alates aprillist 2012 osutab naistele statsionaarset meditsiinilist rehabilitatsiooniteenust SA Viljandi Haigla, ei ole endiselt sellist võimalust, et ema saaks viibida ravil koos lastega. See on põhjus, miks paljudel sõltuvusprobleemidega (eriti väikelaste) emadel ei ole siiani ligipääsu neile vajalikule teenusele.

Senisest rohkem peab pöörama tähelepanu järelteenustele (järelravile) ja sõltuvusprobleemidega isikute ning nende lähedaste sotsiaalsele lõimumisele. Ka kõige tõhusamatest ravi- ja rehabilitatsiooniteenustest ei ole kasu, kui tervenev sõltlane naaseb pärast nende läbimist keskkonda, mis oli üheks sõltuvuse kujunemise põhjuseks. Ravi- ja rehabilitatsiooni tulemusi tuleb kinnistada ning tagasilangust ennetada pakkudes tervevale sõltlasele tugiteenuseid, tööhõiveprogramme, sotsiaalnõustamist ja õigusabi, aidates tal leida uus eluase ja taastada olulised sotsiaalsed suhted.

Suurim väljakutse on aga tagada teenuste süsteemsus. Selleks et narkomaania probleem hakkaks Eestis lahenema, peab riigi toel tekkima loogiline võrgustik sõltuvusravist ja teistest abiteenustest ning sõltuvusravi osutajate vaheline konstruktiivne koostöö parima võimaliku abi osutamiseks sõltlasele.

Loetelu Tervise Arengu Instituudi kaudu rahastatud riiklikest teenustest leiab instituudi kodulehel <http://www.tai.ee/et/instituut/lepingud>.

Aadressil <http://www.narko.ee/nou-ja-abi/> on toodud ka teiste rahastajate toetatud ning tasulised teenused. Kui teie asutus töötab sõltlastega, aga seda ei ole nimekirjas, siis saatke teade aadressile [narko@tai.ee](mailto:narko@tai.ee) ning nimekirja täiendatakse.



# Kuidas kasutada motiveerivat nõustamist töös sõltuvushäirega klientidega



**Milvi Igalaan**  
*psühholoog, Wismari haigla*

Sõltuvusravi klientide motiveerimisel muudatusteks läheb tarvis nõustaja kannatlikkust, järjekindlust ja mõistmist kõigil sõltuvusest vabanemise etappidel.

Motiveeriva nõustamise üks põhimõtteid on, et inimest ei ole vaja „sildistada”. Seetõttu oleks nõustamisel hea jätta kõrvale termin „sõltlane”. Nii nimetan ka käesolevas artiklis inimest, kellel on sõltuvushäire, hoopis kliendiks. Silt seegi, kuid suhteliselt neutraalne ja üldlevinud.

Meditsiinilises mõttes diagnoosib sõltuvuse arst, ehkki sõltuvus on palju laiemalt esinev nähtus. Sõltuvust võib käsitleda kui seisundit, kus inimene alistub mõnele ainele või tegevusele või muule sõltuvuse tekitajale, mis vähehaaval võtab tema elu üle võimust ja võib viimaks inimese hävitada. Keeruline on tõmmata piiri sõltuvuse ja mittesõltuvuse vahele. Üldjuhul on sõltuvusse jäämine järkjärguline ja pikk protsess. Samasugune on ka paranemisprotsess. Enamik alkoholi- või narkosõltlastest tulevad aja jooksul oma sõltuvusprobleemiga ise toime ja jätkavad suhteliselt tavalist elu. Tihti ilma ametliku ravita.

## Vastuseis – esimene samm paranemise teel

Töötamine sõltuvushäirega klientidega on näidanud, et tervisekäitumist on võimalik muuta ja muutuse toimumist saab kergendada. Isegi lühiajaline sekkumine võib esile kutsuda muutuse. Veidi delikaatset motiveerivat nõustamist võib viia märkimisväärse muutuseni. Kliendi usk ja lootus soodustavad tema muutumist. Nõustaja lugupidav suhtumine tugevdab veelgi paranemisvõimalust. Inimese isiklik veendumus oma võimes tulla toime muutumise ülesandega ja kontrollida enda elu sündmusi on ravi efektiivsuse suhtes väga tähtsal kohal. Sõltuvushäire puhul aga tuleb arvestada, et kliendil ei pruugi olla muutumisressurssi väga palju. Kliendil võivad esineda võõrutusseisundid, kus tal on kehaliselt nii halb olla, et ta ei ole suuteline vaimseks pingutuseks ega oma probleemi üle mõtlemiseks. Ressursi vähesus ei pruugi aga tähendada, et inimesel muutumissoov täiesti puuduks. See, et klient tuleb välja vastuseisu väljendavate reaktsioonidega, ei tähenda veel tema abistamise mõttetust. Kliendi reaktsioon võib olla:

■ nõustajaga vaidlemine  
 ■ nõustaja oskustes kahtlemine  
 ■ nõustaja mahategemine  
 ■ vaenulikkus nõustaja ja/või kogu maailma suhtes  
 ■ nõustaja jutu katkestamine  
 ■ nõustajaga koos (samal ajal) rääkimine  
 ■ nõustaja jutule vahelesegamine  
 ■ igasuguse abivajaduse eitamine

- (kõigi ja kõige) süüdistamine oma häda-des/ebaõnnestumistes
- nõustajaga mittenoustumine
- oma probleemile vabanduste otsimine (ja leidmine!)
- sõltuvuskäitumisest tuleneva ohu väiksemaks hindamine
- klient väidab, et teda ei ohusta nt narkootikumide tarvitamisest tulenev kahju (usk oma „haavamatusse”)
- üldine pessimism ja eriti pessimistlik suhtumine oma muutumisvõimalustesse või muutumisvõimesse
- vastumeelsus tegelda oma probleemiga
- tahtmatus muutuda
- nõustaja ignoreerimine
- tähelepanematus nõustaja suhtes
- nõustajale mittevastamine
- mittereageerimine nõustaja jutule
- vestluse kõrvalejuhtimine teisele teemale.

Mõistlik on meeles pidada, et sõltuvuskäitumise muutmises tähendavad ka üliväikesed eesmärgid ja nende saavutamine liikumist kogu tervisekäitumise paremaks muutmise suunas. Täielik kainus võib teatud staadiumisse jõudnud sõltuvushäirega kliendi puhul jäädaagi saavutamata.

Meeles võiks pidada, et sõltuvuse tekitaja pidev fookuses hoidmine ja sellest nõustamise käigus rääkimine võib sõltuvushäirega kliendi jaoks ergastada vajaduse pöörduda tagasi selle juurde. Ta võib pöörduda nõustamiselt oma sõltuvuskäitumise juurde tagasi, sest aktualiseeriti tema sõltuvuse objekt. Seda isegi juhul, kui jutt käis sõltuvuse tekitajast kui millestki kahjustavast ja klient oli sellega nõus. Pigem võiks positiivses võtmes proovida leida ja vaadelda kliendi elu muid, sõltuvusega mitte seotud aspekte.

Selleks peavad nõustajal olema teatud omadused: tal peab olema tegelik empaatiavõime, ta peab ilmutava mitteallutatavat soojust (st et klient tajub meeldivat toetust, mitte lämmatavat pealetükkivust) ja ta peab olema siiras. Sealjuures tuleb meeles pidada nõustamise ajal kohase distantsi hoidmist. Kliendi elu on kliendi oma ja vastutus kliendi ülesannete ning nende täitmise eest on kliendil.

## Kiirustamine võib paranemist aeglustada

Võtkem arvesse ka seda, millises olukorras klient parasjagu on. Selleks on hea kasutada Prochaska ja DiClemente (UCLA... 2006) loodud muutuste mudelit. Eelkaulumisfaasis olev klient ei tunnista oma probleemi ega näe vajadust muuta oma käitumist. Sõltuvuskäitumine jätkub hoolimata sõltuvusest põhjustatud negatiivsetest tagajärgedest. Inimene võib möönda, et selline probleem maailmas eksisteerib, kuid üldjuhul ollakse arvamusel, et teda see ei puuduta. Selline olukord võib kesta aastaid. Lähedaste surve, et klient paraneks ja muutuks kiiremini, võib olla väga tugev ja lähedased võivad süüdistada ka abistajat/nõustajat, et see ei ole töös kliendiga piisavalt kiire ja edukas. Sellisel juhul ei ole kasulik vastastikune süüdistamine, kliendi probleemi mõistuspärastamine või kiirustamine, et klient tunnistaks oma olukorda. Pigem tuleb klienti (ja lähedasigi) suunata mõtlema olukorra kahetisusele: edukaks saab lugeda sellist tegevust, mis tekitab inimeses kahtluse, et tal võib olla sõltuvushäire.

Ambivalentse ehk mitmetähendusliku suhtumise tekkimine kliendil on kindlasti edusamm. Ambivalentse suhtumise uurimisel ei tohiks piirduda üksnes sõltuvuse n-ö negatiivsete külgede uurimisega. Koos kliendiga oleks soovitatav mõista ka sõltuvuse positiivset poolt, et saada aru, miks klient nii valtsalt oma sõltuvuse küljes ripub, pidades seejuures meeles eelöeldud sõltuvuse objektist rääkimisel. Vastandlikud tunded ja arusaamad sõltuvuse olemuse ja ka muutumise suhtes on üsna tavaline kogemus. Olla millegi olulise suhtes 100% kindel on ilmselt pigem erand kui reegel. Ambivalentne suhtumine käib psühholoogiliste probleemidega kaasas.

Inimesed, kes võitlevad narkosõltuvusega, mõistavad sageli, millised riskid, hind ja kahju käivad nende käitumisega kaasas. Ometi on nad oma sõltuvuskäitumisega seotud ja see tõmbab neid ligi. Nad tahavad sõltuvusainet kasutada ja samas ei taha ka. Nad tahavad muutuda ja samas ei taha ka. Sellisest ambivalentsest konfliktist on lihtne

järeltada, justkui inimesel puuduks motivatsioon muutuda. Pigem on see muutumisprotsessi normaalne ja loomulik faas.

Ambivalentse suhtumisega on mõistlik teatud määral arvestada, kuid kliendil ei tohiks lasta sellesse jäädagi. Et muutus saaks toimuda, on vaja ambivalentsus ületada.

Kui inimene ei lahenda dilemmat – ma tahan ja ma ei taha – jääb muutumine aeglaseks ja lühiajaliseks või seda ei toimugi.

## Konarlik tee muutuste poole viib sihile

Töötada tuleks ka omaste ja nende ootustega. Võib juhtuda, et lähedased, olles sattunud kaassõltuvuse lõksu, on ise osalised sõltuvusprobleemi püsimises, sest nad ei ole suutelised vastu seisma sõltuvushäirega kliendi survele alluda oma sõltuvuse objektile, saada sellest rahuldust ja naudingut.

Niisugusel puhul võib tekkida olukord, kus nõustaja võtab eksperdi rolli. Nõustaja hakkab määrama, kuidas sõltuvushäirega klient ja tema lähedased peaksid elama. See on ohtlik, sest klient võib jääda passiivseks ja on meelsasti teenindatava rollis ning jätab vastutuse muutumise eest töötajale või oma lähedastele. Sõltuvushäirega kliendid (ja mitte ainult nemad) on sellise asjade käiguga väga rahul.

Kritiseerimine, häbistamine ja süüdistamine ei vii kuhugi. Sageli on sõltlased kogenud niisugust suhtumist korduvalt ja nad on õpinud sellist lähenemist ignoreerima.

Liigvarajane keskendumine muutusele või kiirustamine probleemi lahendamisele on omaette probleem. Väga sageli on ülimalt

keeruline mõista, miks sõltuvushäirega kliendil läheb väga lihtsate eluliste asjade läbitöötamiseks nii palju aega. Selgusele jõudmine võib olla mõnele kliendile väga aeganõudev. Kui nõustaja ja klient on liiga erinevatel arusaamadel, kaob edasiviiv koostöö ja teineteisemõistmine.

Seega ei ole mõistlik püstitada väga suuri ja kaugeid eesmärke. Loomulikult võiks iga sõltuvushäirega kliendi puhul olla lõppeesmärgiks täieliku kainuse saavutamine ja see eesmärk ka peaks olema, kuid samas võib see osutada sõltlasele liiga raskeks. See võib teda muserdada sedavõrd, et ta ei pingutagi enam, ja väikestki muutust ei toimu. Koos kliendiga tuleks leida piisavalt suur ja samas teostatav samm, et liikuda karskuse poole. Oluline on innustada klienti liikuma paranemise suunas, anda talle lootust ja uskuda tema võimesse muutuda, tunnustada klienti saavutatu eest täpselt ja asjakohaselt. Tagasilanguste puhul mitte heituda ja olla suuteline toetama klienti, kes võib tunda end väga ebaõnnestununa. Sellisel juhul tuleb püüda analüüsida olukorda või asjaolu, mis põhjustas tagasilanguse või eksimuse.

Sõltuvushäire puhul on tagasilangus üks osa tervenemisprotsessist. On väga vähe sõltuvushäirega kliente, kes paranevad, kordagi oma sõltuvuse küüsi tagasi langemata.

Igasugune töö inimesega, eriti aga töö sõltuvushäirega kliendiga on pigem kunst ning jäik kinnihoidmine mingist meetodist ei pruugi edu tagada.

Motiveeriva nõustamise võtmes on sõltuvushäirega kliendiga tegelemine võimalik ja sageli ka tulemuslik.

## Kasutatud allikad

*Addiction Info.* (2010). Stages of Change Model. <http://www.addictioninfo.org/articles/11/1/Stages-of-Change-Model/Page1.html> (26.03.2013).

*Nursing Theories: a companion to nursing theories and models.* (2012). Stages of Change Model/Transtheoretical Model (TTM). [http://currentnursing.com/nursing\\_theory/transtheoretical\\_model.html](http://currentnursing.com/nursing_theory/transtheoretical_model.html) (26.03.2013).

**Rollnick, S., Miller, W.R., Butler, C.C.** (2011). Motiveeriv intervjuerimine tervishoius. Kuidas aidata patsientidel käitumist muuta. Tallinn: Tervise Arengu Instituut

*Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (US) (1999). Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment. *Treatment Improvement Protocol (TIP) Series*, No. 35. Rockville: Center for Substance Abuse Treatment.

*UCLA Center for Human Nutrition.* (2006). Prochaska and DiClemente's Stages of Change Model. [http://www.cellinteractive.com/ucla/physician\\_ed/stages\\_change.html](http://www.cellinteractive.com/ucla/physician_ed/stages_change.html) (26.03.2013).

# Opioidsõltuvuse asendusravi



**Margit Kuus**

*Tervise Arengu Instituudi  
nakkushaiguste ja narkomaania ennetamise  
osakonna vanemspetsialist*

„Tegemist on ühe sõltuvuse asendamisega teise vastu“ – see on üks levinumaid väärarusaamu opioidsõltuvuse asendusravi kohta. Artikkel annab ülevaate sellest, mida asendusravi endast kujutab, miks seda pakutakse ja mida arvavad asendusravist sõltlased ise.

Paljud lugejad on ilmselt kuulnud opioidsõltuvuse asendusravist meedia vahendusel või on oma töös ise kokku puutunud asendusravi patsientidega. Võrreldes mitmete Lääne-Euroopa riikidega on opioidsõltuvuse asendusravi Eesti ühiskonna jaoks võrdlemisi uus nähtus (nagu on seda ka süstivad narkomaanid) ning asendusravi korraldus ja eesmärgid on muutunud ja edasi arenenud alates 1999. aastast, kui seda Eestis esimest korda pakkuma hakati.

## Opioidsõltuvuse kujunemine

Opioidsõltuvuse asendusravi on näidustatud opioidsõltlastele (mõningatel juhtudel ka narkootikumide segatarvitajatele ehk inimestele, kes tarvitavad korraga rohkem kui ühte narkootikumi). Opioidsõltuvus kujuneb opioidide (nt fentanüüli, heroini, morfiini) regulaarse tarvitamise tagajärjel, kuid fakt, et inimene tarvitab mõnda neist ainetest, ei ole üksi piisav opioidsõltuvuse diagnoosimiseks. Sõltuvuse kujunemine on individuaalne ning seda mõjutavad erinevad psühholoogilised, pärilikud ja sotsiaalsed tegurid. Eestis on enim tarvitatav opioid illegaalselt toodetud fentanüül (tuntud ka kui *valge hiinlane*, *afgaanlane*), mis on kuni sada korda tugevam narkootikum kui herooin. Fentanüüli tarvitamisel võib füüsiline sõltuvus tekkida väga

kiiresti, kuna tegemist on ülitugeva ja lühiajalise toimega narkootikumiga. Opioidsõltuvust diagnoositakse erinevate kognitiivsete (tunnetustasandi), käitumuslike ja psühholoogiliste tunnuste põhjal. Peamine tunnus on pidev vastupandamatu opioidide tarvitamise soov, mis on tingitud kesknärvisüsteemis tekkinud talitushäirest. Opioidsõltuvuse teine oluline tunnus on tolerantsuse tekkimine tarvitatava narkootikumi suhtes – narkootikumi korduval tarvitamisel väheneb selle toime ning endise toime saavutamiseks on vaja manustada üha suurem doos. Lisaks põhjustab narkootikumi tarvitamise lõpetamine ebameeldivaid sümptomeid nagu lihasvalud, ärevus, rahutus, iiveldus, higistamine, üldine nõrkus. Opioidide tarvitamise tagajärjel toimuvad muutused ajutegevuses, mis on omased teistelegi neurooloogilistele ja psüühilistele haigustele. Oluline on mõista, et sõltuvus on krooniline haigus, mistõttu ravi iseloomustavad mitmed tagasilangused.

## Ravivõimalused

Sõltuvusprobleemidega inimestele on võimalik pakkuda mitmeid ravi-, rehabilitatsiooni- ning nõustamisteenuseid. Eestis on nendeks lühiajaline statsionaarne võõrutusravi, ambulatoorne nõustamine ja statsionaarne rehabilitatsioon. Ka eneseabi- ja tugi-

rühmadel on abisüsteemis oma koht (vt riigi rahastatavaid teenuseid <http://www.tai.ee/et/instituut/lepingupartnerid>). Enne ravi alustamist on oluline arutada sõltlasega ravivõimalusi, võttes arvesse tema tervisliku seisundit, narkootikumide tarvitamise ajalugu ja varasemaid ravikogemusi. Siiski on üldine seisukoht teaduskirjanduses kirjeldatud rahvusvahelise kogemuse põhjal, et väljakujunenud sõltuvuse ning kõrge riskikäitumise korral on soovitatav valida opioidagonistidel ehk opioidsetel ravimitel (metadoonil või buprenorfiinil) põhinev asendusravi. Asendusravi on levinuim vorm opioidisõltuvuse ravis.

Opioidsõltuvuse asendusravi tähendab seda, et opioidisõltuvusega isik viiakse illegaalsete narkootikumide tarvitamiselt üle legaalsele pikatoimelisele asendusravimi tarvitamisele. Ravimitest on kõige laialdasemalt kasutusel metadoon, mida on Euroopas kasutatud aastakümneid. Ühendriikides, Hollandis ja Rootsis alustati heroiniisõltlastele metadoon-asendusravi osutamist kuuekümnendate lõpus, Taanis, Itaalias ja Soomes seitsmekümnendatel aastatel. Ka Eestis kasutatakse asendusravimina peamiselt metadooni. Tegemist on suu kaudu manustatava vedela lahusega, mida võetakse kord päevas. Metadoon on opioidagonist, mis on narkootiline aine, kuid tegemist on siiski meditsiinilise ravimiga, mis aitab vähendada vastupandamatut soovi tarvitada narkootikume ja hoiab ära võõrutusnähud illegaalsete narkootikumide tarvitamise lõpetamisel. Metadoon-asendusravi on palju uuritud ja sellel on tugev teaduslik alus, kuid samas ei sobi see igale opioidisõltlasele. Nii nagu ka teiste haiguste puhul, ei sobi üks ravim kõigile. Seetõttu on oluline enne asendusravi alustamist välja selgitada, kas see on patsiendile sobiv ja vastuvõetav. Asendusravi saab määrata ainult arst ning ravimi igapäevane annustamine toimub meditsiinipersonali järelevalve all. Ometi ei seisne metadoon-asendusravi üksnes ravimi võtmises, vaid selle oluline osa on ka psühhosotsiaalne abi. Nagu eelnevalt mainitud, on sõltuvus mitmetahuline haigus, mis eeldab tegelemist patsiendi erinevate probleemidega, eelkõige kehalise ja psüühilise tervise, aga ka sotsiaalsete

küsimustega. Ravirežiimist korralikult kinni pidanud patsientidele, kes ei ole ravi ajal tarvitanud illegaalset narkootikume, lubatakse asendusravim kaasa kodus tarvitamiseks kuni paariks päevaks nädalas, harvematel juhtudel kauemaks.

## Eelarvamused ja stigmad

Metadoon-asendusravi on Eestis suuresti häbimärgistatud ja sellega on seotud palju eelarvamusi. See võib olla ka üks põhjus, miks suur osa metadoon-asendusravi patsientidest, kellest mõned käivad tööl ja on lapsevanemad, soovivad oma ravi saladuses hoida ja sellest avalikult mitte rääkida. Kardetakse halvustamist ja hukkamõistu. Üsna levinud on väärarusaamad, justkui nõuaks asendusravi patsiendilt vähest pingutust, et tegemist on pelgalt ühe sõltuvuse asendamisega teisega ja et asendusravi ajal tarvitavad paljud patsiendid illegaalset narkootikume samal ajal raviga. Tegelikult on asendusravi patsientidele kehtestatud kõrged nõudmised, mida paljud meist ei suudaks iga päev järjepidevalt täita. Patsient peab käima ravikeskuses iga päev, sõltumata tujust, ilmast või kohustustest, mis patsiendil võivad olla. **Sundkäitumise (mis on osa sõltuvuskäitumisest) muutmine nõuab inimeselt ülimat pingutust. Kõige lihtsam oleks seda võrrelda toitumisharjumuste muutmise, et kaalu langetada – kui paljud on sellega alustanud ning esimese sööstuisu järel käega löönud!** Võrrelda annaks ka suitsetamise loobumisega. Enamik suitsetajaid loobub korduvalt, enne kui nad sellest lõplikult vabanevad, ning osadel see ei õnnestugi. Sama kehtib uimastisõltuvuse puhul – isegi kui inimene siiralt soovib narkootikumidest loobuda, kaasnevad sellega sagedad tagasilangused enne, kui tal see päriselt õnnestub. Ning kõigil see ei õnnestugi. Uimastisõltlased ei riku ravirežiimi ega kaldu ravi toetavatest elustiilimuudatustest kõrvale rohkem, kui teisi kroonilisi haigusi (näiteks diabeeti või südamehaigusi) põdevad inimesed. Vaatamata tagasilangustele on paljud sõltlased sellegipoolest asendusravist abi saanud. Kui ravimi, mis on küll narkootiline aine, tarvitamine aitab inimesel loobuda illegaalsete narkootikumide süstimisest ja



seada korda oma elu, siis on nii sõltlase kui ka kogu ühiskonna seisukohalt kahtlemata tegemist parema variandiga kui see, kui inimene jätkab narkootikumide süstimist.

## Patsientide kogemused

Järgnevalt on toodud väljavõtted patsientide kirja pandud lugudest metadoon-asendusravi kogemuste kohta.

Tommas, 37 a: „*Olen oma elu jooksul kokku puutunud paljude pahedega, mis on kardinaalselt muutnud minu elu. Üheks selliseks on olnud narkootikumid: alustades kanepist lõpetades „hiinlase” või „afgaanlasega”. Alguses on kõik lilleline, aga kui narkootikumid juba elu juhtima hakkavad, on asjad täbarad. ... Peagi pärast vangistust leidsin enda ellu kallima, kellega elan siiani koos, ning meile sündis poeg. See oli minu elu pöördepunkt. Päevast, mil laps sündis, otustasin narkootikumidega lõpparve teha. See oli ainuke väljapääs. Tänu metadoon-asendusravile suudan ma elus edasi minna. ... On taas hea tunda end inimesena, kellest teised võivad lugu pidada”.*

Andrei, 40 a: „*Kui ma kümme aastat tagasi alustasin metadoon-asendusravi, oli minu olukord nutune. Selleks ajaks olin neli korda vangis istunud, kuhu sattusin narkootikumide tarvitamise tõttu. Mul tuli pidevalt otsida raha järjekordse doosi jaoks ning loomulikult tuli mul varastada, kuna töötamine sellises seisundis ei olnud võimalik. Kodus olid mul seetõttu pidevad pahandused emaga ning tüdrukusõbraga, kellega teed läksid lahku. Alustades metadoon-asendusravi, esimene asi, mis minu elus muutus: ma ei*

*pidanud enam varastama narkootikumide hankimiseks. ... Ravikeskuses töötab meiega psühholoog, kes on aidanud lahendada paljusid minu probleeme. Seejärel hakkas minu füüsiline välimus paranema (võtsin kaalus juurde, pilk selgines). ... Loomulikult selleks, et lõpetada narkootikumide tarvitamine, ei piisa üksnes metadoon-asendusravist, selleks peab olema isiklik soov ning püüdlus selle poole. Täna on minu lähedaste usaldus minu suhtes täielikult taastunud. Mul on suurepärane abikaasa, kes pole kordagi narkootikume proovinud. ... Tulevikus ma plaanin järk-järgult metadoon-asendusravi lõpetada, kuid suure hirmu tõttu narkootikumide tarvitamise ees, ei ole ma julgenud oma plaani veel täide viia. ... Vahel elule tagasi vaadetes imestan, kas see olin tõesti mina – narkomaan ja varas?”.*

Jelena, 31 a: „*Alustasin asendusravi kümme aastat tagasi, kuid langesin pidevalt tagasi narkootikumide tarvitamise juurde. Viimase pooleteise aasta jooksul ei ole mul ühtegi tagasilangust olnud. Olen väga rõõmus, et on olemas selline ravivõimalus. Ilma asendusravita ei suudaks ma narkootikumidest loobuda”.*

Lidia, 28 a: „*Olen asendusravil olnud kuus aastat ning mul on väga hea meel, et ma sattusin just sellesse ravikeskusesse, kus suhtutakse minusse alati mõistvalt. Mulle ei ole kordagi tehtud etteheiteid, mis on minu jaoks väga oluline. Kui mu elus on olnud ebameeldivaid momente, on mind toetatud moraalset ja psühholoogiliselt ning antud kasulikke nõuandeid. See kõik on minu jaoks tähtis.”*

## Asendusravi osutajad

Opioidsõltuvuse asendusravi osutavad järgmised tervishoiuteenuse osutajad.  
AS Lääne-Tallinna Keskhaigla Nakkuskliinik, Paldiski mnt 62, Tallinn. Kontakt: Olev Lumiste, tel 659 8539.

AS Lääne-Tallinna Keskhaigla Psühhiaatriakeskus, Sõle 63 ja Kopli 75a, Tallinn.  
Kontakt: Ingrid Ojasalu, tel 5694 4132.

AS Wismari Haigla, Wismari 15, Tallinn. Kontakt: dr Jaanus Mumma, tel 662 1024.

OÜ Tervisekeskus Elulootus, Erika 5a, Tallinn. Kontakt: Nelli Kalikova, tel 506 8156.

SA Tartu Ülikooli Kliinikum, Raja 31, Tartu. Kontakt: Katri Sinkarev, tel 731 8740.

OÜ Corrigo, Jaama 34, Jõhvi ning Keskpuiestee 36, Kiviõli. Kontakt: Ljubov Uljanova, tel 333 1110.

OÜ Narva Sõltuvuste Ravikeskus, Karja 6c, Narva. Kontakt: Tatjana Magerova, tel 354 8344.

OÜ Aasa Kliinik, Valeri Tskalovi 3, Sillamäe. Kontakt: Marina Žoga tel 357 3530



# Sõltuvusega noore abistamise põhimõtted Tallinna Lastehaigla psühhiaatriakliinikus



**Karmen Saul**

*Tallinna Lastehaigla psühhiaatriakliiniku noorsootöötaja aastatel 2006–2013, noorukite teraapiagrupi juhendaja*

Viimase ESPADi uuringu andmetel leidis enamiku uimastite esmatarbimine aset vanuses 14–15 eluaastat (Kobin jt 2012). Laste ja noorukite uimastitarvitamine ja uimastisõltuvus mõjutab isiksuse arengut ja noore inimese kogu tulevast elu. Oluline on psüühika- ja käitumishäirete õigeaegne ravi ning tihe koostöö lapse perega. Artikkel annab ülevaate Tallinna Lastehaigla käitumis- ja sõltuvushäiretega laste- ja noorukite osakonna enam kui 11 aasta pikkusest tööst uimastitarvitajatest alaealiste patsientidega.

## Lastepsühhiaatria patsiendid

Tallinna Lastehaigla lastepsühhiaatria osakond loodi patsientidele, kelle esmane probleem on sõltuvus narkootikumidest või nende kuritarvitamine. Algusaastatel olid meie patsientideks narkootikumide segatarvitajad, toksikomaanid, süstivad opiaadisõltlased, kanepi tarvitajad. Tänapäevaks on patsientide probleemid muutunud keerulisemaks. Peamised Lastehaiglasse pöördumise põhjused on käitumis- ja/või psüühikahäired, millega kaasnevad probleemid ka õppimise ja suhtlemisega. Neile lisandub enamasti alkoholi ja uimastite tarvitamine.

Alkoholi tarvitamine laste seas on aastate jooksul kasvanud, esmatarvitajate vanus on langenud. Alkoholimürgistusega jõuavad haiglasse nii poisid kui ka tüdrukud, nii eesti kui ka vene rahvusest. Rääkides uimastitest, ei tohiks unustada, et nii alkohol kui ka nikotiin on väga tugevat sõltuvust tekitavad ained, millest on väga raske vabaneda.

Meie osakonnas ravil olnud lastest (enamus patsiente on vanuses 12–15 aastat) on valdav enamik kas proovinud suitsetada või on sellest juba tugevas sõltuvuses. On juhtumeid, kus 12-aastaselt lapsel on juba kuus aastat suitsetajastaaži. Kuuleme sageli, et noor lubab välja saades muudest sõltuvusainetest loobuda, ent suitsetamise lõpetamise võimalikkuse välistab juba eos. Kiirabi on Lastehaiglasse toimetanud lapsi, kelle veres on alkoholisaldus olnud üle kahe promilli. Tänapäeva ühiskonnas näivad alkohol ja tubakas olevat noorte seas ühelt poolt juba tavaline nähtus, ent üldjuhul on just nende tarvitamine eelduseks illegaalsete uimastite poole pöördumisel.

Tavalise tubaka kõrval on tänapäeva noorte seas hakanud levima põsktubakas, mille kasutamist on täiskasvanutel (lapsevanemad, kool) raske märgata. Lisaks tubakat ja alkoholi tarvitavatele noortele satub haiglasse amfetamiini ja *ecstasy* tarvitajaid, harvemini ka opiaate süstivaid lapsi. Aegajalt tuleb meil tegeleda toksikomaanidega, iseäranis gaasi nuusutavate lastega. Uuema aja sõltuvuseks võib lugeda arvuti(mängu)sõltuvust. Muret tekitab noorte seas üha suurenev kanepikulutus. Kanepisõltlasi jõuab meie juurde järjest sagedamini, ja seda alles pärast pikka aega, aasta-paar kestnud narkootikumi regulaarset tarvitamist, kui kanepi tekitatud kahjustused on juba spetsialisti pilgule ilmsed. Nii mõnigi kord tuleb uimastite tarvitamine vanematele üllatusena, kuna sellekohaseid märke ei ole osatud lihtsalt tähele panna. Lapsel tekivad

probleemid tasapisi. Teadmata põhjustel kaob muidu lahtise peaga ja tublil õpilasel järsku õppimisisu, oluliselt langeb keskendumis- ja asjadest arusaamise võime; laps ei suuda enam kinni pidada kokkulepetest, jätab katki seniste huvialadega tegelemise ning muutub üha passiivsemaks ja osavõtmatumaks.

## Motiveerimine ja võrgustikutöö

Lastehaigla psühhiaatriaosakonda jõuavad patsiendid mitut teed pidi: vanemate algatusel, kooli sotsiaalpedagoogi või psühholoogi soovitusel, lastekaitsetöötaja initsiatiivil, alaealiste asjade komisjoni suunamisega, harvadel juhtudel pöördub sõltuvuses noor ka ise abi saamiseks ravile. Lastehaiglas viibivad patsiendid keskmiselt 10–14 päeva. Lisaks tervisenäitajate kontrollimisele ja psühhiaatrilisele diagnoosile püüame anda endast parima, et lapsel tekiks motivatsioon ning usk paranemisse, samuti toetame teda esimeste sammude tegemisel. Lisaks medikamentoos- sele ravile ja individuaalsele psühhoteraapia- le on haiglasoleku jooksul oluline lapse sotsiaalsete oskuste arendamine grupitöö ja loovteraapiate abil. Paralleelselt lapsega tegelemisele toimub vanemate nõustamine ja toetamine, vajadusel tegeldakse ka pereteraapiaga.

Ilmselt ei piisa kahest nädalast lapse probleemide lahendamiseks. Meie igapäevatöö on oluline osa võrgustikutööl. Enne lapse haiglast välja kirjutamist kogutakse kokku ja kaasatakse lapse paranemisprotsessi teda toetav võrgustik, alates pereliikmetest haridus- ja sotsiaaltöö spetsialistideni. Võrgustikutöö eesmärk on käivitada paindlik eri valdkondade spetsialistide koostöö, et viia ellu kokkulepitud ravi ja rehabilitatsioon. Tähtis on, et laps oleks samaaegselt võrgustiku kõigi liikmete vaateväljal. Ühtlasi motiveerib see last pärast osakonnast lahkumist oma elu paremini kontrollima ning reeglitest kinni pidama. Rõõm on siinkohal tõdeda, et üha rohkem on Eestis häid spetsialiste, kes tunnevad muret ja oskavad reageerida kiiresti, kui märkavad lapse käitumises esimesi muutusi. Meil on väga hea koostöö lastekaitsetöötajate, koolide sotsiaalpedagoogide ja psühholoogidega.

## Kaasuvad probleemid

Vaatamata kõigile ponnistustele ei tule aga noor samasse keskkonda naasnuna alati toime. Korduvpatsiente on meil ligikaudu 9%, aasta jooksul viibib osakonnas kokku üle saja lapse. Osa lastest jääb ringlema rehabilitatsiooniasutustesse ja erikoolidesse. Paraku napib Eestis spetsiaalseid laste- ja noorukite rehabilitatsiooniasutusi, mis pakuks nii käitumise- kui ka sõltuvushäiretega lastele turvalises keskkonnas olemist ja hariduse omandamist. Nendele lastele saab riskikäitumine nii mõnigi kord saatuslikuks. Osa endisi patsientide viibib kinnipidamisasutustes ning mõned osakonnas viibinud lastest pole paraku enam elavate kirjas. Teadaolevate surmajuhtumite põhjused on olnud seotud uimastite tarvitamise ja/või muu riskikäitumisega.

Meie patsiente kuulates jääb tunne, et narkootiliste ainete hankimine ei näi erilisi raskusi valmistavat. Kuna lastega tegelevad spetsialistid ei suuda võidelda uimastituru pakkumise poolega, jääb üle nõudluse pool. Teisisõnu, me saame tegeleda väärtuskasvatusega ning õpetada teismelistele sotsiaalseid oskusi, sealhulgas elutervete valikute tegemist, ei-ütlemise kunsti ning pakkuda välja võimalikult palju alternatiivseid, tervist edendavaid tegevusi. Küsimus ei seisne narkootikumide kättesaadavuses, vaid tahtmises. Selle tahtmise vähendamisega tuleb meie personalil päevast päeva tööd teha.

Siinkohal on oluline aru saada, et sõltuvust ei saa käsitleda omaette nähtusena. Kui noor inimene on hakanud tarvitama uimastavaid aineid, eeldab see enamasti pikemat aega kestnud probleemi(de) olemasolu. Kõige sagedamini on need seotud perekondlike teguritega – vanemate lahtusus, surm, haigus, vanemate sõltuvusprobleemid, kodust pikalt eemalolemine jms, mille keskel laps kasvab ja kannatab. Tihti näeme ka lapsi, kelle hariduslikke ja arengulisi erivajadusi pole varakult märgatud või on jäetud neile reageerimata. Seetõttu on laps sattunud oma vajadustele mittevastavasse õpi- ja kasvukeskkonda ning ei tule selles ilmselgelt toime. Kui selline olukord kestab pikemat aega, viib see nooruki üsna kiiresti kokku teistega, kel samad probleemid, eemale koolist, lähe-

male riskikäitumisele ja sõltuvusainetele, rääkimata tema enesehinnangu langusest.

### Usaldus – paranemise võti

Abi andmise üks printsiipi on, et abi saab anda vaid selles ulatuses, millises ollakse seda valmis vastu võtma. Sellest lähtume oma töös ka meie. Ühte olulisemat paranemisprotsessi võtit – usaldussuhet lapsega – hakkame looma lapse haiglasse vastuvõtmise hetkest. Meile satuvad lapsed, kes on enamasti pälvinud hulganisti negatiivset tähelepanu. Segamini on suhted kodus ja koolis ning usaldus maailma ja ümbritsevate täiskasvanud inimeste vastu on saanud tugevasti kahjustada. Sageli on probleemide küüsis noorukil madal enesehinnang ja endast negatiivne tulevikunägemus. Osakonnas käib elu kindla päevaplaani järgi alusel hommikusest äratusest, õppimisest ja käelistest tegevustest kuni öörahuni välja. Eesmärgiks on tuua lapse ellu kindlust ja turvalist rutiini, arusaama õigetest une-, toitumis- ja hügieeniharjumustest. Seda kõike toetab turvalise, asjatundliku ja usaldusväärse täiskasvanu kohalolu. Samas käib töö lapse positiivse mina-pildi ülesehitamise ning tema tugevuste ja heade omaduste leidmise nimel. Meie töökogemus kinnitab, et teinekord on lapsega rääkimisest olulisemgi tema kuulamine. Parim viis on teha seda käelise tegevuse kaudu, mis vallandab automaatselt emotsioonid ja vabastab küllalt kiiresti tõrges-trotsliku maski taha peitunud abivajava (abi sooviva) lapse.

Enamasti ei ole uimastite tarvitamine noore jaoks probleemiks, vaid sageli hoopis mingi(te) probleemi(de) lahenduseks. Tegevuste ja vestluste käigus püüame jõuda selleni, et noor leiaks ise üles kohad, kus selline käitumine on talle ja teda ümbritsevatele inimestele kahjulik. Seejuures on heaks abivahendiks motiveeriva intervjuerimise tehnikad, mis tuginevad väärtuspõhisele lähenemisele. Tugevaim motivatsioon käitumise muutmiseks on see, mis tuleb lapsest endast, mitte väljastpoolt. Hälbiva käitumisega teismelistega töötamisel jääb siiski kasutusse ka osa väliseid motivaatoreid, näiteks oht sattuda kinnisesse kooli. Meie ülesanne on leida üles ka sisemised ajendid, nagu soov ja tahe oma elu positiivselt mõjutada.

### Lastehaigla teraapiagrupid

Lisaks statsionaarsele tööle tegutsevad Lastehaiglas teraapiagrupid käitumisprobleemidega noorukitele, kellel on probleeme koolikohustuse täitmise ja sõltuvusainete tarvitamisega. Gruppide eesmärk on õppida ennast ja oma käitumist paremini mõistma ja analüüsima. Oluline osa tööst grupis toimub sotsiaalsete oskuste ja enesehinnangu parandamise nimel. Riskikäitumise vähendamiseks on noorel tähtis hakata nägema põhjuse-tagajärje seoseid, osata ütelda ei, õppida mõistma ja hoidma suhteid, tulla edukalt toime konfliktidega ning mõista ja osata väljendada tundeid. Eraldi tähelepanu pööratakse sellele, kust ja millist informatsiooni noored uimastite kohta leiavad ning usaldavad. Tänapäevases infoühiskonnas on noorel inimesel üsna keeruline vahet teha tõesel informatsioonil ja müütidel-legendidel. Grupis käimisel on laste arvates olnud positiivne mõju suhetele nii kodus kui ka koolis ning see on aidanud vähendada riskikäitumist, näiteks kaklemist.

Nii grupi kui ka osakonna igapäevatöös on personalil aastatega välja kujunenud kogum võtetest, mis laste puhul hästi töötavad. Sageli oodatakse meie spetsialistidelt mingeid erilisi, justkui salajasi nõuandeid, mida me aga anda ei saa, sest meie töö edu põhineb professionaalsel kontakti loomisel oskusel, empaatial, usaldusel ja sõbralikkusel. Kui ollakse empaatiline ja tuntakse lapse vastu tegelikku huvi, saabki temani viia selle, mida ta pole seni suutnud või tahtnud vastu võtta. Tähtis on lapse jaoks aega võtta, teda kuulata, tema mõtetesse süveneda. See annab lapsele märku, et oled tema jaoks olemas ja sul ei ole tema suhtes eelarvamusi. Hinnanguid saab ja tulebki anda lapse tegudele, mitte tema isikule. Kahjuks on lapsed pahatihti kogenud just nende isiku arvustamist. Osakonnas oldud lühikese aja jooksul püüame märgata positiivset, leida põhjust lapse kiitmiseks ja tunnustamiseks. Negatiivset märgatakse tema juures nagunii. Meie soovitus last ümbritsevatele täiskasvanutele: märka muutusi lapse tujus, käitumises, suhtlemises, õppimises, huvitegevustes. Uimastid ei tule lapse ellu üleöö, õigeaegse sekkumise ja toega on paljusid probleeme

võimalik ära hoida. Oleme alati valmis aitama nõu ja jõuga. Lastehaiglas on avatud spetsiaalne nõuandetelefon laste vaimset tervist puudutavatele küsimustele vastamiseks, juuni lõpuni tegutseb *out-reach* (välitöö) meetodil toimiv mobiilne meeskond, mis on ellu kutsunud lapse psühholoogilisse kriisi sekkumiseks temale harjumuspärasel keskkonnas. Käitumis- ja sõltuvushäiretega laste ja noorukite osakonnas on iga päev telefonile vastamas ja nõu andmas spetsialistid.

Meie ühine eesmärk on anda endast parim taastamiseks lapse ja nooruki psüühiline ja sotsiaalne heaolu, et aidata tal taas leida oma koht eakaaslaste hulgas.

### Viidatud allikas

**Kobin, M., Vorobjov, S., Abel-Ollo, K., Vals, K. (toim.)** (2012). Uimastite tarvitamine koolinoorte seas: 15–16-aastaste õpilaste legaalsel ja illegaalsel narkootikumide kasutamisel Eestis, uuringuraport. Tallinn: Tallinna Ülikooli rahvusvaheliste ja sotsiaaluuringute instituut.

## Narkosõltuvuse rehabilitatsioon Viljandi Haiglas – õppimine ja areng praktika kaudu



**Rita Kerdmann**  
SA Viljandi  
Haigla



**Reet Hindus**  
SA Viljandi  
Haigla

Kuna meditsiinilise rehabilitatsiooni teenuseid narkosõltlastele, eriti naistele, ei olnud Eestis piisavalt, tegi Tervise Arengu Instituut (TAI) SA Viljandi Haigla ettepaneku teenuse käivitamiseks. Läbirääkimised sõltuvusrehabilitatsiooni teenuse osutamise üle algasid juba 2011. aasta hakul. SA Viljandi Haiglas olid head eeldused teenuse osutamiseks, muuhulgas seetõttu, et oli juba täidetud hulk tarvilikke nõudeid: tegevusluba psühhiaatrilise abi osutamiseks, rehabilitatsioonimeeskond, sobivad ruumid ning kümme aastat kogemusi mitmete keerukate sotsiaalteenuste loomisel ja osutamisel psühhikahäiretega klientidele: tugevdatud toetusega erihoolekandeteenus, hooldusraviteenus, sundraviteenus (nii psühhiaatriline sundravi

kui ka tuberkuloosi tahtevastane ravi), samuti eakatele mõeldud hoolekandeteenused. Seega oli Viljandi haiglas nii vajalik kogemus sõltlaste rehabilitatsiooniteenuse käivitamiseks kui ka haigla juhatuse julgus ja toetus täiesti uue väljakutse vastuvõtmiseks. Teenuse osutamist rahastab TAI riigieelarvest rahvastiku tervise arengukava alusel.

### Ettevalmistused ja esimesed kliendid

Teenuse osutamiseks moodustatud rehabilitatsioonimeeskonna liikmetel puudus varasem kogemus tööks sõltlastega, kuid nad said toetuda oma eelnevatele töökogemustele mujal sotsiaalvaldkonnas: omavalitsuses, maa-avalitsuses, erasektoris, vanglas, eri profiiliga

klientide koolitamine ja nõustamine. Kuna sõltlaste rehabilitatsiooniteenuse osutamine on Eestis veel lapsekingades, siis käisime TAI toetusel õppereisil Norras SA Bergeni Kliinikud Skutevikeni ja Hjellestadi kliinikutes, kus on seda teenust osutatud juba aastaid. Kuulasime sealsete praktikute kogemusi ning tutvusime teenuse osutamise keskkonna ja tingimustega.

Ettevalmistustööd võtsid omajagu aega, kuid 2012. aasta aprillis olid olemas sobivad, ehki esialgsed ruumid ning minimaalne meeskond, et võtta vastu esimesed naispatsiendid. Keskuse algusajale tagasi vaadates tuleb tunnistada, et mitmed avamisele eelnenud hirmud osutusid alusetuks. Näiteks pelgasiime, et tegemist on nii sotsiaalselt, harituselt kui ka käitumuslikult tunduvalt raskema kontingendiga võrreldes klientidega, kellega olime seni töötanud. Samal ajal ei osanud me kõiki probleeme ette näha, näiteks seda, et meeskonnaliikmetel läheb tarvis head vene keele oskust, kuna klientide emakeel on enamikul juhtudel vene keel.

## Keskus täna

Praegu – veebruaris 2013 – on meie keskuse patsientideks kaheksa naist ja üheksa meest vanuses 22–38 eluaastat. Suurem osa neist kõneleb vene keelt ning nende seas on nii põhihariduse kui ka lõpetamata kõrgharidusega inimesi.

Esimestel kohtumistel oma tulevaste patsientidega näeme noori inimesi, kes on hirmul, ebakindlad, kaitsepositsioonil või agressiivsed ning enamasti ka narkootiliste ainete mõju all.

Peamine sõltuvusaine, mida patsiendid tarvitavad, on fentanüül (eriti kange sünteetiline opioid, mis on tuntud ka valge hiinlase, valge pärlase, afgaani, afganetsi ja kitajetsi nime all). Mõnel juhul tarvitatakse amfetamiini, vahel ka mitut ainet korraga. Patsiendid on multiprobleemsed. See tähendab, et peaaegu kõigil on varasemaid või ka kehtivaid (kriminaal)karistusi ja võlgnevusi, nende pere-suhted on äärmiselt halvad, käitumismustrid antisotsiaalsed, raha narkootikumide jaoks hangitakse illegaalselt. Kui patsiendil on lapsi, on tema hooldusõigusi sageli piiratud või need ära võetud.

Praegu kuuluvad meie rehabilitatsiooni-meeskonda programmijuht, psühhiaater, meditsiiniõde, üldarst, psühholoogid, kunstiterapeut, tegevusterapeut, sotsiaaltöötaja, füsioterapeut, tööinstruktor ning tegevusjuhendajad. Tegutseme Jämejala pargis uutes, ilusates ja avarates ruumides, kus on head tingimused nii individuaalseks kui ka gruppitööks. Meie asukoha eeliseks on kahtlemata ka suhteline kaugus suurematest keskustest, mis muudab sõltuvusainete kättesaamise keeruliseks.

Töötame selle nimel, et kogemustest ja parimatest praktikatest õppides luua kaasaegne rehabilitatsioonikeskus. Kasutame oma töös nii Eestis kui ka mujal maailmas sõltlastega töötamisel tulemusi andnud lähenemisi. Soovime, et keskkond, kus meie patsiendid viibivad, oleks toetav ja turvaline, ning läheme humanistlikust inimkäsitlusest: usume, et igas inimeses on olemas sisemine jõuvaru, et muutuda ja areneda – see tuleb üles leida ja kasutusele võtta.

## Teenuse kolm etappi

Rehabilitatsiooniteenus koosneb kolmest etapist. Esimene etapp on **ettevalmistav**: selle käigus läbib patsient võõrutusravi ja tema kohta kogutakse infot, st koostatakse kliiniline ja psühhosotsiaalne anamnees, patsiendi seisundit hindavad kõik eriala spetsialistid. Samuti hinnatakse uimastite tarvitamise kestust, sagedust ja selgitatakse välja, milliseid sõltuvusaineid on patsient tarvitanud. Selle etapi eesmärk on patsiendi füüsilise seisundi parandamine, motivatsiooni ja enesega töötamise soovi tekitamine, rehabilitatsiooniprotsessis osalemiseks vajaliku eneseusu taastamine, tööharjumuste kujundamine.

Teenuse teises etapis koostatakse patsiendile **rehabilitatsiooniplaan**, st terviklik sekkumise plaan, mis lähtub patsiendi vajadustest ning peab silmas tema eesmärgi. Töötame juhtumikorralduslikke meetodeid kasutades ning püüame lisaks patsiendile kaasata ka tema sotsiaalsõltuvustiku ja asjaomased ametnikud-ametiasutused, et liikuda olemasolevast seisundist soovitavaise seisundisse. Rehabilitatsiooniplaani koostatakse patsiendi ja spetsialistide koostöös ning selles määratletakse teise etapi üldised eesmärgid.



Selles etapis on suurem roll psühholoogilisel ja psühhosotsiaalsel nõustamisel. Nõustame nii individuaalselt kui ka grupiteraapia vormis. Eesmärk on patsiendi mina-pildi taastamine, tunnetega toimetuleku toetamine, väärtuste ja hoiakute kujundamine, motivatsiooni jälgimine ja hoidmine. Oluline osa on ka sotsiaalsete oskuste kujundamisel: aja planeerimine, toiduvalmistamise ja koristamise oskused, suhtlemisoskused ning tööharjumuste kinnistamine ja uute oskuste andmine. Viiakse läbi käitumist mõjutavaid programme, mille käigus hinnatakse ja toetatakse motivatsiooni lõpetada sõltuvusainete tarvitamine, treenitakse võimet uimastitarvitamise riskiga seotud olukordade äratundmiseks ning vältimiseks. Patsient peaks aru saama oma uimastitarvitamise muistist ja funktsioonist ning tal peaks olema plaan, kuidas ohuolukordades käituda ja mida teha tagasilanguse puhul.

Kolmandas etapis seame **edased eesmärgid** eri valdkondades: eluviis, töö, pere, suhted, harrastused, väärtused, eneseareng, tervis. Vaatame koos läbi ka ressursid ja takistused, mis aitavad eesmärkideni jõuda või takistavad seda ja seame etapiviisilise plaani sihtide saavutamiseks. Selles etapis on äärmiselt oluline kaasata patsiendiga kokku puutuvad ametnikud ja ametiasutused. Nii on meie koostööpartnereiks Eesti Töötukassa, kohalikud omavalitsused, Sotsiaalkindlustusamet, kohtutäituriid, kriminaalhooldajad, võimalikud tööandjad, teised sõltlastele teenuseid pakkuvad organisatsioonid. Rehabilitatsioonitsükli lõpuks tahame anda patsiendile instrumente ja meetodeid, kuidas oma sõltuvusega toime tulla, samuti sotsiaalseid oskusi ning oskusteadmisi, mis aitaksid tööturul paremini konkureerida. Lisaks saab patsient lahkudes kaasa asutuste kontaktid, kuhu vajadusel pöörduda.

## Tulemused ja tulevikuvajadused

Praeguseks on rehabilitatsiooniteenuse läbinud viis naist, kes viibisid siin 6–9 kuud. Mis on neist saanud? Üks on lapseootel, teine töötab ja seab oma uut elu sisse ning kolmas otsib aktiivselt tööd. Kaks naist lahku-

sid meie juurest alles hiljaaegu, seetõttu on hinnanguid veel vara anda, kuid loodetavasti läheb ka neil kõik hästi. Teenuselt lahkunud patsientidega hoiame kontakti telefonivestluste abil kord kuus vähemalt poole aasta vältel. Samuti on nad teretunud meile ise helistama või kirjutama, sest meie jaoks on väga tähtis teada, kuidas püstitatud eesmärkide saavutamine sujub.

Esimesel aastal saadud kogemustel on hindamatu väärtus. Meie töötajad on pühendunud ja andekad entusiastid, kes on töö käigus palju õppinud. Peamegi oma kõige olulisemaks tulemuseks seda, et oleme suutnud luua hästi toimiva spetsialistide meeskonna. Sõltlaste rehabilitatsioon on teenus, kus üksinda ei saavuta midagi – kõik meeskonna lülid peavad toimima, sest ainult sünergia viib sihile. Seetõttu on mõistetav, et peame äärmiselt oluliseks oma personali motiveerimist, hoidmist ja koolitamist, ja kuna Eestis vajalik praktika puudub, siis ka välisriikides. Paraku tuleb tõdeda, et igatüki selles ametis pikalt vastu ei pea: vaatamata koolitustele on aasta tagasi alustanud tegevusjuhendajatest tänaseks meiega jäänud vaid üks inimene.

Esimese aastaga oleme loonud toimiva raamistikku: meil on asjatundlik meeskond, ruumid ja vahendid, teenuse osutamiseks sobiv keskkond ja iga päevaga lisanduvad kogemused. Tulevikus on plaanis arendada teenuse sisu, kaasata mitmeid spetsialiste ja kasutada uusi meetodikaid, viia läbi uuringuid ja hinnata teenuse kvaliteeti.

Kindlasti vajab praegusest terviklikumat ja läbimõeldumat lähenemist nii ennetustöö kui ka teenusele järgnevat tegevused. Vaja on tegelda patsientide peredega, jälgida teenusjärgset sotsiaalset toimetulekut, ennetada võimalikku kaassõltuvust, kuna vähemalt pooltel meie patsientidest on lapsed.

Oma unistustes näeme, et teenuse toimimiseks tarviliku raamistikku – riikliku finantseerimise, pädeva ja pühendunud meeskonna, toimiva koostöövõrgustiku – olemasolul suudame töötada välja hea praktika, millest tulevikus saaksid juhendada järgmised teenuseosutajad.



# Üks päev narkosõltuvuses ja HIV-positiivsete inimeste nõustamisprojekti sotsiaaltöötaja töös



**Ene Mändla**  
OÜ Corrigo sotsiaaltöötaja

Jõhvis tegutseva OÜ Corrigo üks projektidest on suunatud sõltuvusprobleemidega ja HIV-positiivsetele inimestele ja nende lähedastele, kellele pakume vaimset tervist ja töövõimet toetavat nõustamist. Projekti rahastab Euroopa Sotsiaalfondi programm „Tervislikke valikuid toetavad meetmed 2013–2014”. Töötan selles projektis alates 2010. aasta lõpust sotsiaaltöötajana. Projekti viib ellu meeskond, kuhu lisaks sotsiaaltöötajatele kuuluvad veel psühholoog ja kogemusnõustajad. Väga oluline selliste probleemidega inimeste abistamisel on nii omavaheline koostöö kui ka koostöö võrgustikuga, sealhulgas näiteks Töötukassa ja KOVidega.

## Iga päev ja iga juhtum on erinev

Paljud sõltuvusprobleemidega kliendid on ühiskonnast välja langenud või välja tõugatud. Sageli pole meie klientidel ei sotsiaalset kaitset ega kindlat elukohta ja tihti nad on seotud ka kuritegevusega.

Meie töö eesmärk on sõltuvusprobleemidega kimpus olevate inimeste elukvaliteedi parandamine, nende ja nende lähedaste rehabilitatsioon, et nad tuleksid igapäevaelu ülesannetega taas iseseisvalt toime. Kuid tulemus sõltub väga palju ka kliendi enda panusest. Meie ülesanne on motiveerida klienti ja toetada teda oma elu muutmisel. Hindame kliendi väärtused ja nende alusel koostame programmi.

Minu tööpäev sotsiaaltöötajana on tihti piirideta, kunagi ei tea, mida järgmine päev toob. Ma küll planeerin oma tööpäevi, kuid minu klientide eluviis toob sellesse omad muutused. Sotsiaaltöötajana tuleb mul olla paindlik ja vajadusel suuta n-ö käigu pealt oma päevakavas muudatusi teha. Õhtuti valmistan tavaliselt ette nõustamiste ja töögruppide materjale ning programme.

Minu poole pöörduvad abi saamiseks erineva sotsiaalse staatusega kliendid. Ka probleemide ulatus, millega tuleb tegeleda, on väga lai: töövõimetuspensioni vormistamine; lapse kaitsmine sõltlasest vanema eest; mida teha, et oma laps tagasi saada; rahapuudus, kodutus jpm. Näiteks on minu poole abi saamiseks pöördunud klient, kes ei teadnud, mida teha firmaga, mille ta oli narkojoobes olles paarisaja krooni eest lasknud vormistada enda nimele ja seejärel andnud firma kasutamise õigused kolmandale isikule. Praegu teeme selle juhtumi lahendamise nimel koostööd pankrotihalduriga. Järgnevalt kirjeldan üht oma suhteliselt tavalist tööpäeva.

## Üks päev: sõltuvus, töötus, tervis ja võlad

Hommik algab teatega, et minu klient ei ilmunud tööle. Mees (39) pöördus minu poole pärast rehabilitatsioonikeskuse programmi läbimist. Tal puudus elukoht ja sotsiaalsed garantiid. Meie asutuse juhtkond on julgelt võtnud tööle taastujaid, andes neile sellega või-

maluse jätkata ühiskonda (taas)sulandumist. Kõnealune mees oli võetud tööle kojamehena. Kaks nädalat töötas ta korralikult ja kohusetundlikult, kuid siis toimus tagasilangus. Sellised tagasilöögid on meie töö üks emotsionaalselt valulikke külgi. Hetkel viibib see mees rehabilitatsioonikeskuses, kus ta taastub sõltuvusest põhjustatud probleemidest.

Isikud, kes on läbinud rehabilitatsiooniprogrammid või on iseseisvalt suutnud loobuda narkootiliste ainete tarvitamisest, tunnevad igapäevasesse ellu naastes hirmu. Säärase hirmuga ei tule kõik toime. Üks minu grupitöös osalenud klientidest ütles: „Ma arvasin, et kui ma lõpetan narkootikumide tarvitamise, siis minu elu muutub kohe paremaks, kuid tegelikult on see veel raskem.” Sotsiaaltöötajana on minu jaoks oluline säilitada kliendi motivatsioon pärast rehabilitatsiooni läbimist ja julgustada teda tulema minu vastuvõtule. Väga vähesed julgevad tagasi tulla sinna, kus teatakse nende endist eluviisi.

Sel päeval on mu järgmised kliendid ema (56) ja poeg (24), kelle abikaasal (23) on narkosõltuvus. Noor naine lahkus koos kolmeaastase lapsega kodunt teadmata kuhu. Pereisa võttis töölt vabad päevad ning sõitis otsima armastatud naist ja last. Täna on laps kodus ja mees tagasi tööl. Praegu koostan koos nendega tegevusplaani, kaitsmaks last sõltuvusprobleemiga ema eest.

Oma töös tuleb sotsiaaltöötajal taluda stressi ja pinget. Oluline on klientide probleemidele lahendusi leida, mitte lihtsalt kaastundlikult kuulata lugusid abivajajate kannatustest (mõnikord tundide kaupa). Olen saanud tööpäeva õhtul telefonikõne ühelt kliendilt, kes küsis raha lapsele toidu ostmiseks, kuna laps olevat näljas ja ei jäävat söömata magama. Sotsiaaltöötajana on minu ülesanne mitte lihtsalt keelduda raha ülekandmisest, vaid veenda klienti hommikul nõustamisele tulema, et tekkinud olukorrale lahendus leida. Sõltlased on väga head manipuleerijad, nad tunnevad palju võtteid, mida nad ka oskuslikult kasutavad. Samas on minu jaoks oluline mitte katkestada neid niigi hapraid usaldussuhteid, mis meil sõltlastest abivajajatega on. Sõltuvusprobleemidega isikud ei umbusalda mitte üksnes ametnikke, vaid kogu ümbritsevat maailma.

Järgmisena on vastuvõtule tulnud hiljuti vanglast vabanenud mees (31). Enne kinnipidamisasutusse sattumist oli ta sõltlane, kuid suutis vanglas oma sõltuvusest vabaneda. Nüüd on ta mures, et ei leia tööd, ning kardab, et võib uuesti sõltlaseks saada. Olukorrale lahenduse leidmiseks loodame abi saada Töötukassa programmidest.

Majanduslangus tõi kaasa suurenenud vajaduse võlanõustamisteenuse järele. Paljud meie kliendid on jäänud majanduslanguse tõttu töötuks, kuid võetud laenu vajavad endiselt maksmist. Rahatus tõukab sõltuvusprobleemiga kliente vargustele, et leida raha narkootilise aine päevase annuse jaoks. Pakun oma klientidele finants-juriidilist nõustamist, aitan teadvustada isiklike käitumismustreid ja arendada positiivset eluperspektiivi.

Töötus ei ole aga ainult sõltlaste probleem, vaid puudub ka HIV-positiivseid inimesi. Nõustamisele pöördus noor naine (27), kes oli HI-viirusega nakatunud tätoveeringut tehes. Naine töötas mitu aastat Soomes ühes eraettevõttes. Lõpuks hakkasid kolleegid märkama, et ta kasutab kindlatel kellaaegadel ravimeid ning on sageli tõbine. Ta sunniti töölt lahkuma. Eestis pole ta siiani tööd leidnud ning kardab oma haiguse tõttu ka töökonkurssidel osaleda.

## Tööga kaasnevad nii mured kui ka rõõmud

Naiste ja meeste osakaal sõltlaste hulgas on peaaegu võrdne, kuid naistele mõeldud narkosõltlaste rehabilitatsioonikeskusi on Eestis väga vähe. Abivajajaid saan peamiselt suunata kristlikesse keskustesse, kuid igale inimesele ei pruugi see sobida.

Sageli puutun kokku probleemiga, kuidas motiveerida kliente osalema ARV-teraapias, kus tegeldakse HI-viirusega nakatunute immuunsüsteemi vastupanuvõime tõstmisega. Paraku ei soovi paljud kliendid selles teraapias osaleda, kuna see tervendab neid ning seega nad kaotavad oma töövõimetuspensionini. Leian, et see on meie ühiskonna probleem, millele on vaja leida lahendus.

Kurb on tõdeda, et sageli suhtuvad needsamad kliendid pakutavasse abisse omakasu-püüdlilikult, lähtudes eeskätt oma hetkevaja-

dustest. Ka sellisel juhul tuleb ikkagi arvestada ja aktsepteerida isiku tahet. Säärased on minu igapäevatöö juhtumid. Peab ütlema, et emotsionaalselt on töö mõnikord väga raske, aga jõudu annab tagasiside klientidelt, kellel on tänu meie meeskonna toetusele asjad paremuse poole pöördunud.

Olen saanud erialase hariduse Tartu Ülikoolist, kuid ainult sellest ei piisa, sest klientide vajaduste ja probleemide ring üha laieneb. Olen tänulik Tervise Arengu Instituudile, kes korraldab pidevalt täienduskoolitusi sõltuvusprobleemide ja HIV-

positiivsete isikutega tegelevatele spetsialistidele. Et veelgi paremini oma kliente abistada ja nõustada, õpin praegu Tartus OÜ Airis kaheaastasel kursusel kognitiiv-käitumisteraapia terapeudiks.

Meie meeskonna nõustamisteenuse tulemusel viibib hetkel 12 inimest rehabilitatsioonikeskustes, kus nad taastuvad sõltuvusest põhjustatud probleemidest. Meie meeskond tunneb siirast rõõmu, kui kliendid saavad meie toel oma sõltuvushäirest üle ja tulevad edaspidi eluga iseseisvalt toime.

## Sotsiaaltöötajate kogemused töös uimastisõltuvuses inimestega

*Ajakiri palus sotsiaaltöötajatel ja hoolekandeesutuste juhtidel vastata küsimusele, kui tihti ja seoses milliste probleemidega nad puutuvad oma töös kokku inimestega, kellel on uimastisõltuvus. Samuti uurisime, milliseid võimalusi nad kasutavad sõltuvuses inimeste aitamiseks; millest nad tunnevad puudust töös nende inimestega ja kuidas saavutada tulemusi.*

### **Meelika Limberg, Tallinna Sotsiaaltöö Keskuse Akadeemia üksuse juht**

Kõige sagedamini satuvad uimastisõltlased öömajadesse, kuid neid on ka varjupaikades ja sotsiaalmajutusüksustes. Probleemina võiks välja tuua narkouimas klientide ebaadekvaatse käitumise, mis häirib teisi kliente; samuti nende ettearvamatut käitumise. Esinenud on ka vargusi. Samas on meie klientide hulgas ka endisi uimastitarvitajaid, kes on eeskujulikud, peavad kinni sisekorra eeskirjast ja on motiveeritud loobuma meie teenustest, et asuda iseseisvalt elama; neil on kindel soov oma elukvaliteeti parandada. Meie asutuse üheks oluliseks abivõimaluseks on see, et me saame pakkuda inimesele resotsialiseerimisteenust koos voodikohaga varjupaigas või sotsiaalmajutusüksuses. Teeme koostööd organisatsioonidega, kes osutavad uimastisõltlastele nõustamis-, ravi- ja rehabilitatsiooniteenuseid ning jagame oma klientidele infot nende asutuste kohta.

Kuna meie asutus ei ole mõeldud vaid uimastisõltlastele, vaid kõigile toimetulekuraskustes inimestele, siis mõnikord jääb puudu teadmistest ja oskustest sõltlastega suhtlemisel. Kuid meie asutus on väga paindlik ning koolitab oma töötajaid.

### **Reet Laos, Tallinna Sotsiaaltöö Keskuse Männiku Sotsiaalmajutusüksuse juht**

Vahetevahel märkame, et mõned majutusüksuse elanikud tarvitavad narkootikume. Nad ise sageli eitavad seda, kuid see tuleb ilmsiks küllaltki kiiresti. Töötajatele jääb silma nende käitumine, olek ja elustiil, mis erineb teiste elanike omast. Eelkõige on probleemiks, et uimastitarvitajate olek häirib teisi üksuse elanikke. Nad ei tasu üüri ja kipuvad varastama teiste asju. Meie võimalused sõltlaste aitamiseks on piiratud, sest nad on üksuses lühikest aega. Sisekorra eeskirja järgi on elanikel keelatud viibida ük-

suses narko- või alkoholijoobes. Kui inimene ei suuda loobuda oma sõltuvusest, siis üldjuhul lõpetatakse temaga majutusleping mõne kuu jooksul. Kuid enne seda püüame inimest igati aidata ja nõustada, anda talle infot abi saamise võimalustest. Kahjuks võtavad meie nõuandeid kuulda vähesed. Kui tegemist on sõltlastest vanematega, kellel on alaealised lapsed, siis teeme kõik selleks, et lapsed ohtu ei satuks. Vajadusel paigutame lapsed turvakodusse ja teavitame lastekaitsetöötajaid. Kui vanem nõustub ravile minekuga, siis anname talle võimaluse jätkuvalt kasutada majutusüksuse teenust, muidugi juhul, kui ta oma elamise eest tasub. Sotsiaalmajutusüksuses on sõltlastest vanematega laste turvalisus isegi paremini tagatud, võrreldes sellega, kui pere elab omal või üüritud pinnal. Töötajad panevad tähele, kui lapsed jäävad hooletusse või kui vanem on uimastatud olekus, ning nad annavad lastekaitsetöötajatele operatiivselt infot. Tallinna Sotsiaaltöö Keskus suhtub väga tõsiselt töötajate koolitamisest. Lähiajal on plaanis läbi viia töötajatele järjekordne infopäev narkomaania teemal.

### **Anne Sundja, Kristiine Linnaosa Valitsuse lastekaitse spetsialist:**

Lastekaitse spetsialistina puutun sageli kokku sõltlastest emadega. Meile teatatakse sünnitusmajast, kui ema on avaldanud, et tarvitab narkootikume või kui analüüside vastused tõendavad sõltuvusainete kasutamist. Samuti on mitmed asenduskodust ellu astunud noored sõltuvusprobleemidega ning nad on meile tuttavad juba aastaid. Aasta jooksul tegeleme keskmiselt kümne sõltuvusprobleemidega perega. Meil on võimalus kasutada Tallinna Perekeskuse peretöötajate ja tugisikute abi. Kasutame ka Wismari haigla nõustamisteenust. Vajadusel maksame narkotestide eest. Lisaks suuname narkosõltlasi tugispetsialistide nõustamisele – psühholoogi, psühhiaatri, pere-terapeudi juurde. Mitmed noored emad elavad koos lastega meie sotsiaalmajas, kus nendega tegelevad sotsiaaltöötajad. Paljud emad käivad ka metadoon-asendusravil ning seetõttu on hea koostöö Tallinna Merimetsa haigla sotsiaaltöötajaga. Perede puhul, kes ei soovi meiega koostööd teha ning rändavad ühest linnaosast teise, peame sidet kolleegidega, otsime perede tugivõrgustikke, suhtleme lähedaste ja naabritega. Kõige suuremaks probleemiks ongi ehk see, et me ei saa kedagi kohustada end ravima. Tänu töötajate oskuslikule veenmisele saavutatakse küll lühiajalisi tulemusi, kuid sõltlaste eluviisi muutmiseks on vaja aega, et uued harjumused-oskused kinnistuksid. Puudus on ka sobivatest teenustest. Kui sõltlastest meestele ja naistele on olemas rehabiliteerivad narkotalud, siis kohta, kuhu suunata noor ema koos lapsega, ei ole. Kui soovime emal minna narkotalu (ta peab ise selleks soovi avaldama), siis tuleb paigutada laps ajutiselt asendushooldusele. Narkotaludes kestab rehabilitatsioon tavaliselt aasta, väikesele lapsele on see aga väga pikk aeg emast lahus olla. Sageli on sellistel emadel ka vajakajäämisi sotsiaalses ja vanemlikes oskustes. Neil puudub majanduslik kindlustatus, pole tööd, lasteaiakohta ega lähedasi. Seetõttu oleks vaja luua narkotalud emadele koos lastega, kus kogukond heade spetsialistidega oleks toeks nii emale kui lapsele. Lapsevanemale, kes on aastaid tarvitanud sõltuvusaineid, peaks teenus olema kohustuslik, kui ta soovib last ise kasvatada. Lisaks eeldatavale sõltuvushäirest vabanemisele võimaldab see pikema perioodi jooksul jälgida pere toimimist.

# Eriala valiku seos sotsiaaltöö üliõpilaste elukogemusega



**Anu Leuska, MSc**  
*Lääne-Viru Rakenduskõrgkooli  
 psühholoogiaainete lektor*

Isiklik kokkupuude sotsiaalprobleemidega võib anda tõuke enda täiendamiseks ja arendamiseks ning tekitada soovi panustada sotsiaalvaldkonna probleemide lahendamisse. Lääne-Viru Rakenduskõrgkoolis korraldatud uuring kinnitas, et elus kogetul on suur mõju sotsiaaltöö üliõpilaste eriala valikule.

Keskkonnatingimused ja olulised teised (vanemad, sõbrad, õpetajad jt) võivad otseselt või kaudselt mõjutada inimese arengut ja käitumist, aga ka elus tehtavaid valikuid, nt kooli või karjääri valikut. Lääne-Viru Rakenduskõrgkooli õppejõududele on jäänud silma, et paljudel sotsiaaltöö õppima asunud üliõpilastel on tööalaseid ja isiklikke kogemusi sotsiaalvaldkonnas. Korraldasime 2009. aastal Lääne-Viru Rakenduskõrgkoolis uuringu<sup>1</sup>, et teada saada, kuivõrd sotsiaaltöö õppima asunud üliõpilastel on varasemaid kokkupuuteid sotsiaaltöö ja sotsiaalprobleemidega, kuidas on see mõjutanud eriala valikut ja missugusele tööle nad sooviksid asuda pärast kõrgkooli lõpetamist. Uuringu autorid oletasid, et sotsiaalprobleemidega kokku puutunud inimestel võib olla suurem huvi sotsiaaltöö õppimise vastu, kuna näevad selle vajalikkust ühiskonnas. Isiklik kogemus sotsiaalprobleemidega võib olla sotsiaaltöötajale kasulik, aidates tal olla empaatiavõimelisem, kuid võib muuta ka kliendi aitamise kohati raskemaks, kui teema puudutab sotsiaaltöötaja

isiklikult ja tekitab seeläbi liigset stressi. Kõik varasemad kogemused, nii tööalased kui ka isiklikud, vajavad läbitöötamist ja mõtestamist, et neid edaspidi erialases töös kasutada.

Kuigi uuringust on juba mõned aastad möödas, siis minu igapäevane kokkupuude üliõpilastega näitab, et uuringu tulemused on endiselt aktuaalsed. Sotsiaaltöötaja oluliseks töövahendiks on tema ise, mistõttu on nii üliõpilastel kui ka sotsiaaltöötajatel hea teadvustada oma eriala valiku põhjusi. Kõrgkoolide õppejõududel aga tasub mõelda sellele, kuidas arvestada üliõpilaste elukogemustega ja õppimise motiividega õppetöös.

## Uuringu eesmärgid, meetodika ja valim

Uuringu eesmärk oli selgitada, kui palju on sotsiaaltöö eriala üliõpilastel olnud varasemaid kokkupuuteid sotsiaalprobleemidega (isiklikud ja lähedaste kogemused jms) ning mil määral on see mõjutanud nende otsust asuda õppima sotsiaaltööd. Samuti huvitas uurijaid, kui iseseisvalt tehti eriala valiku

<sup>1</sup> Rakendusuuringu, mille autorid olid Helen Kool ja Anu Leuska

otsus, kui rahul ollakse õpingute ajal oma eriala valikuga ning kuidas üliõpilased kujutavad ette oma tulevikku õpitaval erialal. Andmete kogumiseks kasutati avatud küsimustega ankeeti, mille täitsid loengus kõik sotsiaaltöö eriala üliõpilased (N=139). Uuringus osalemine oli anonüümne ja vabatahtlik. Vastajate üldandmeid analüüsiti kvantitatiivselt, avatud vastustega küsimusi kvalitatiivselt, diskursuseanalüüsi meetodil. Eri küsimustele antud vastused jaotati kolmeks:

- 1) kokkupuuted sotsiaaltöö ja sotsiaalprobleemidega enne õpingute alustamist,
- 2) eriala valiku põhjused ja selle käik,
- 3) tulevikuväljavaated ja rahulolu valitud erialaga.

Uuring viidi läbi veebruarist kuni oktoobrini 2009.

## Tulemused

**Üldandmed.** Ankeedi täitis 139 sotsiaaltöö eriala üliõpilast, kellest 54 (39%) õppis päevases ja 80 (58%) kaugõppes; viis vastajat (3%) polnud õppevormi märkinud. 136 vastajat olid naised. Vastajate vanus jäi vahemikku 18–54 eluaastat, keskmine vanus oli 29,4 aastat (päevaõppes 20,4 aastat, kaugõppes 35,3 aastat), kolm vastajat polnud vanust märkinud. Keskarhitudus oli 107 vastajal (77%), keskeriharitudus 28 vastajal (20%), neli vastajat polnud haridustaset märkinud.

**Varasemad kokkupuuted sotsiaaltöö ja sotsiaalprobleemidega.** Vastajatel oli mitmeid kokkupuuteid sotsiaalprobleemidega ja sotsiaaltöö eri sihtrühmadega. Toodi välja nii isiklike kogemusi kui ka kogemusi kõrvaltvaatajana või abistajana. Kõige rohkem olid üliõpilased kokku puutunud alkoholi tarvitamisega seotud probleemidega. Sageli oli alkoholiprobleeme üliõpilaste vanematel (eelkõige isal), vennal, abikaasal või teistel sugulastel. Alkoholi tarvitamisega kaasnesid perevägivald, töötus ja tervisemured. Sageduselt järgmisena nimetati kokkupuuteid puuetega inimestega (nt kasvav peres erivajadustega laps või oli peres olnud hooldust vajav eakas pereliige). Toodi välja ka kokkupuudet perevägivaldaga, töötuse-

ga ja majanduslike raskustega (vaesusega). Isiklikult kogetud probleemid hõlmasid veel koolikiusamist ja üksikvanemaks olemist. Töölalasel või kõrvalseisjana/abistajana olid vastajad kokku puutunud asenduskodu laste probleemidega, laste hooletussejätmise ja kodutusega. Sotsiaalprobleemid, mida vastaja oli ise kogenud või mille tunnustajaks ta oli olnud, hõlmasid veel suurte perede probleeme, õigusrikkumisi ja vanglast vabanenute probleeme, vägivalda üldiselt, lahutust, kaassõltuvust, tõrjutust, narkosõltuvust, seksuaalset ahistamist ja -vägivalda, koolikohustuse mittetäitmist, käitumis- ja õpiraskusi, küberkiusamist, vanematelt vanemlike õiguste äravõtmist ning alaealiste laste omapead jätmist, kui vanemad töötavad välismaal.

Mitmed vastajad küll ei täpsustanud, millist probleemi nad olid kogenud, aga rõhutasid, et see mõjutas tugevalt nende eriala valikut. Paljud vastajad tõid välja, et just kogetu pani aluse soovile sotsiaaltööd õppida ja saada sellest rohkem teadmisi, et aidata teisi ja iseennast. Näited uurimuses osalejate vastustest küsimusele, kas varasem kokkupuude sotsiaaltööga on mõjutanud nende eriala valikut:

*„Kindlasti. Kuna on läbi elatud mitte häid aegu, on soov teisi aidata, kuna tean ja võib-olla mõistan teatud olukordi paremini.”*

*„/.../ probleemidega varasemalt kokkupuutumine on eeldus nende paremaks mõistmiseks ja lahenduste väljapakkumiseks.”*

Enamik vastajaid oli enne õpingute alustamist sotsiaaltööga kokku puutunud. Eelkõige mainiti praegust või varasemat töötamist sotsiaalvaldkonnas: (eri)hooldekodus, asenduskodus, õpilaskodus, noortekeskuses, kohalikus omavalitsuses, töötukassas, pensioniametis, rehabilitatsioonikeskuses, avahoolduses jm. Osa vastajaid oli teinud vabatahtlikku sotsiaaltööd või lihtsalt aidanud kaaskodanikke. Mõnel vastajal oli pereliige sotsiaaltöötaja ja enamusel ka tuttavaid, kes töötavad sotsiaalvaldkonnas ning on olnud vastajale eeskujuks.

**Eriala valiku põhjused ja selle käik.** Ühe olulise põhjuste grupi, miks üliõpilased olid



valinud sotsiaaltöö eriala, moodustasid isiklik elukogemus või teiste inimeste probleemide nägemine, mis tekitas soovi abivajajaid aidata ja ühiskonda paremaks muuta. Samad motiivid olid inimestel, kes sotsiaalvaldkonnas töötades tundsid vajadust ennast erialaselt täiendada. Rõhutati, et sotsiaaltöö alal tegutsemine on võimalus anda oma panus ühiskonna heaks. Samuti tõid vastajad välja selle, et teiste aitamine annab hea enesetunde ja võimaluse tunda end kasulikuna ja väärtusliku ühiskonnaliikmena. Osa eriala valiku põhjuseid oli seotud vastajate isikuumadustega ja töö sobivusega. Toodi välja huvi nende teadmiste ja oskuste vastu, mida sotsiaaltööd tehes saab rakendada (sh suhtlemisoskused), ning mõne konkreetse sihtgrupiga töötamise vastu. Vaid üksikud vastajad nimetasid, et nende jaoks oli eriala valik pigem juhuslik ja neil polnud sotsiaaltööst eelnevat efektiivset.

Kokkuvõttlikult võib öelda, et sotsiaaltöö eriala valikul on vastajaid kõige rohkem mõjutanud enda või teiste isiklikud kogemused ja abivajaduse tunnetamine. Lisaks on valikut motiveerinud huvi eriala vastu, soov teisi aidata ja toetada, anda oma panus ühiskonna paremaks muutmiseks, soov rakendada suhtlemis- ja koostööoskusi ning isikuomaduste sobivus sotsiaaltöö iseloomuga.

Enamik üliõpilasi tegi oma valiku sotsiaaltöö kasuks iseseisvalt, aga arvestati ka vanemate, sõprade, töökaaslaste ja tööandjate soovitusi. Lääne-Viru Rakenduskõrgkooli kasuks otsustamisel olid olulisemad mõjutajad positiivne info kooli kohta isiklike kontaktide kaudu, kodulähedus, sobiv ja huvitav õppekava ning praktikavõimalused, samuti soodsad vastuvõtutingimused ja võimalus valida õppevormi.

**Tulevikuväljavaated ning rahulolu erialaga.** Valdav enamus vastajatest oli kindel, et tegid sotsiaaltöö eriala valides õige otsuse. Need üliõpilased, kes täiesti kindlad ei olnud, tõid välja, et lõpliku selguse saamiseks on nad seda eriala veel liiga vähe õppinud, ja avaldasid lootust, et eriala valik on õige. Enamik vastanutest nägi end tulevikus töötamas sotsiaaltöö erialal. Selleks on nad tulnud teadmisi omandama, nad peavad seda

tööd oluliseks ja usuvad, et suudavad siin oma panuse anda. Paljud vastajad töötasid õpitaval erialal ka õppimise ajal.

Kõige rohkem soovisid sotsiaaltöö üliõpilased tulevikus töötada laste ja noortega, seejärel kriminaalkorras karistatud isikutega ja puuetega inimestega. Vähem soovisid üliõpilased töötada eakatega, töötutega ja kodututega. Oma soovi põhjendati enamasti sellega, et vastaja oli selle sihtgrupiga varem kokku puutunud kas tööalaselt või isiklikus elus. Vastajad rõhutasid, et soovivad inimesi aidata ja/või nende olukorda mõjutada ning peavad nendega tegelemist huvitavaks ja südamelähedaseks. Osa vastajaid leidis, et nende isikuomadused sobivad just konkreetse kliendirühmaga tegelemiseks.

## Järeldused

Üks uuringu olulisemaid järeldusi on see, et sotsiaaltöö eriala valik on suuresti mõjutatud elus kogetust ja varasematest kokkupuudetest sotsiaalvaldkonnaga. Õppejõud peaksid seda õppetöös arvestama ja seostama õpitavat varasemate kogemustega. Kuna õppijatel võib olla nii positiivseid kui ka negatiivseid kogemusi, siis tuleks arvestada ka seda, et negatiivsed kogemused on vaja õpingute ajal läbi töötada ja kujundada üliõpilastes hoiakut, et igast kogemusest saab õppida. Näiteks psühholoogiaainetes saab selleks kasutada eneseanalüüsi, juhtumianalüüsi jms.

Siinkohal tuleb märkida, et uuring viidi läbi rakenduskõrgkoolis ning õppevormil võis olla mõju uuringu tulemustele. Kuna puudub võrdlusgrupp akadeemilise suuna valinute näol, siis ei saa uuringu tulemusi üldistada kõigile sotsiaaltöö eriala õppijatele.

Isiklikud kogemused sotsiaalprobleemidega võivad muuta sotsiaalvaldkonnas tegutseva inimese mõistvamaks, mis teeb temast parema aitaja. Samas peab arvesse võtma ka seda, et elus kogetu ei pruugi alati olla kasuks – selleks et saada edukaks aitajaks, on vaja ka teisi toetavaid tegureid (nt teatud isikuomadusi, sotsiaalset võrgustikku, huvi, võimeid jm).

# Sotsiaaltöö õppekavad ja vastuvõtt 2013. aastal

Kõrgkool/ instituut	Õppetase	Õppekava nimetus	Õppevorm	Lisainfo (vastuvõtu aja- kava, sisseastumistingi- mused ja õppekavad)
Tallinna Ülikooli sotsiaaltöö instituut	Bakalaureuse- õpe (3 aastat)	Sotsiaaltöö	Päevaõpe Tsükliõpe (õppe- sessioonid 6 nädalal aastas)	www.tlu.ee/sotsiaaltöö (paremalt menüüst „vastuvõtt“) Marika.Voogre@tlu.ee (bakalaureuseõpe); Triin.Vaimann@tlu.ee; (magistri- ja doktoriõpe)
	Magistriõpe (2 aastat)	Sotsiaaltöö	Tsükliõpe (õppe- sessioonid kahel nädalal kuus N, R, L)	
	Doktoriõpe (4 aastat)	Sotsiaal- pedagoogika ja lastekaitse	Tsükliõpe	
Tallinna Ülikooli Pedagoogiline Seminar	Alates 2013/2014. õ-a on sotsiaaltöö õppekava liidetud Tallinna Ülikooli sotsiaaltöö instituudi sotsiaaltöö bakalaureuseõppe õppekavaga. Nimetatud õppekava raames on praktilise suuna valinud üliõpilastel võimalik 30 EAP mahus valida moodul „Praktiline sotsiaaltöö sihtrühmadega” (mooduli õppetööd viib läbi Pedagoogiline Seminar)			
Tallinna Ülikooli Rakvere Kolledž	Bakalaureuse- õpe (3 aastat)	Sotsiaal- pedagoogika	Kaugõpe	www.rakvere.tlu.ee tel 322 3893, 32 43016 rakvere@tlu.ee www.rakvere.tlu.ee
Tartu Ülikool, sotsioloogia ja sotsiaalpoliitika instituut	Bakalaureuse- õpe (3 aastat)	Sotsioloogia, sotsiaalpoliitika ja sotsiaaltöö	Päevaõpe	http://www.ut.ee/et/sis- seastumine
	Magistriõpe (2 aastat)	Sotsiaaltöö ja sotsiaalpoliitika	Päevaõpe kaks korda kuus R, L, P	
Tartu Ülikooli Pärnu kolledž	Rakendus- kõrgharidus (3 aastat)	Sotsiaaltöö ja rehabilitatsiooni korraldus	Päevane õpe ja avatud ülikool (õppesessioonid üks kord kuus N, R, L, P sep- tembrist juunini)	www.pc.ut.ee
Lääne-Viru Rakendus- kõrgkool	Rakendus- kõrgharidus (3 aastat)	Sotsiaaltöö	Päevaõpe Kaugõpe	www.lvrkk.ee (lingilt „sisseastumine”) või telefonil 329 5956.

2013. aastast jõustuvad muudatused kõrgkoolide rahastamisel ja õppe eest tasumisel. 2013/2014. õ-a sisseastuvate üliõpilaste jaoks hakkab õppeteenustasu maksmine sõltuma üliõpilase edasijõudmisest õppekaval. Õpinguid saab alustada tasuta, kui valitakse täiskoormusega õpe ja kui üliõpilasele ei kehti varasematest kõrgharidusõpingutest tulenevat piirangut. Alates teisest semestrist tuleb hakata õppetasu maksma juhul, kui üliõpilane ei täida eelmiste semestrite kohustuslikku õppemahtu. Õppekulude hüvitamine sõltub konkreetse kõrgkooli kehtestatud nõuetest. *Vt lähemalt www.hm.ee*

**Tallinna Ülikooli sotsiaaltöö instituudis** on võimalik õppima asuda järgmistel õppekavadel:

■ **Sotsiaaltöö bakalaureuseõpe.** Õpingud annavad teadmised klienditööst, teenuste arendamisest ja korraldamisest; õpetavad analüüsima oma tööd ja sotsiaalseid probleeme, toetamaks abivajajate toimetulekut üksikisiku, perekonna ja ühiskonna tasemel. Võimalik on õppida ja praktiseerida väliskõrgkoolides. Õpinguid toetavad kaasaegne õpikeskkond, tugivõrgustik, üliõpilaste esindus STÜN. Õppetööd ja tulevast tööle asumist toetab intensiivne praktika ja tihe koostöö tööandjatega. Õpinguid on võimalik jätkata magistriõppes. Sisseastumiseksamid: kaks riigieksamit kandidaadi valikul (50%), test ja intervjuu (50%). Õppekava juht on Anne Tiko (PhD).

■ **Sotsiaaltöö magistriõpe.** Õppima oodatakse bakalaureusekraadi või sellele vastava haridustasemega inimesi, kes soovivad omandada spetsialiseeritud teadmised sotsiaaltöös ja saada sotsiaaltöö valdkonna eksperdiks. Magistriõppes omandatakse erialateadmised tõhusamaks klienditööks ja professionaalsel tasemel sotsiaalvaldkonna arendamiseks. Erialaõpingud võimaldavad keskenduda valikmoodulitele (sh klienditöö ja sotsiaaltöötaja professionaalsus, heaolu ja tervishoid, gerontoloogiline sotsiaaltöö ja rehabilitatsioon, rehabilitatsioon sotsiaaltöös). Magistrikraad annab pädevuse sotsiaaltöö uurimiseks, tegevuste planeerimiseks, elluviimiseks ja protsesside juhtimiseks. Teadustöös edukamatel on võimalus jätkata õpinguid doktoriõppes. Sisseastumiseksamid: test ja intervjuu. Õppekava juht on Taimi Tulva (PhD).

■ **Sotsiaalpedagoogika ja lastekaitse magistriõpe.** Õppima oodatakse bakalaureusekraadiga või sellele vastava kvalifikatsiooniga inimesi, kes soovivad tegutseda eksperdina haridus- ja sotsiaalvaldkonnas. Magistrant omandab teadmised sotsiaalpedagoogikast ja lastekaitsest ning spetsiifilisematest valdkondadest (psühholoogikast, erivajadusega laste toetamise võimalustest, kohtumenetluse iseärasusest, kriisiabist, vanemluse toetamisest jms). Omandatakse põhjalikud teadmised sotsiaalsetest protsessidest ja nende mõjust lapse arengule. Õpingute käigus omandatakse uurimisalane pädevus, mis aitab lõpetanul paremini mõista abivajaja probleemide sotsiaalset tausta, ning oskused, kuidas nimetatud probleeme ennetada või leevendada – ükski või koostöös perekonna ja teiste spetsialistidega. Teadustöös edukamad on oodatud õpinguid jätkama doktoriõppes. Sisseastumiseksamid: test ja intervjuu. Õppekava juht on Mare Leino (PhD).

■ **Sotsiaaltöö doktoriõpe.** Doktoriõppe eesmärk on luua võimalused kõrgeima teadusliku kvalifikatsiooni omandamiseks sotsiaaltöös; toetada kompetentsi kujunemist sotsiaaltöö valdkonnas töötamiseks iseseisva eksperdina, tagada teadus- ja haridusasutustele ning sotsiaal- ja tervisevaldkonnale iseseisva uurimisoskusega teadlaste ja õppejõudude järelkasv. Sisseastumistingimused: sotsiaaltöö või lähialade (sotsiaalteadused, meditsiin, kasvatus- teadused) magistrakraad või sellele vastav kvalifikatsioon. Kandidaat esitab doktoritöö kavandi ja osaleb intervjuul. Lähialade taustaga kandidaadid sooritavad kirjaliku testi. Õppekava juht on Lauri Leppik (PhD).

*TLÜ sotsiaaltöö instituudi ligikaudsed<sup>1</sup> vastuvõtuarvud 2013/14. õppeaastal: sotsiaaltöö bakalaureuseõpe (140), sotsiaaltöö magistriõpe (35), sotsiaalpedagoogika ja lastekaitse magistriõpe (25), sotsiaaltöö doktoriõpe (2).*

**Tallinna Ülikooli Rakvere kolledžis** võetakse vastu üliõpilasi **sotsiaalpedagoogika** õppesse. Bakalaureuse taseme õppekava annab baasteadmised sotsiaalpedagoogilisest tööst laste ja noortega ja oskuse valida meetodeid vastavalt olukorrale ja sihtgrupile; oskused kohanemis-, käitumis- ning õpiraskustega laste ja noorte tundmaõppimiseks ja nõustamiseks ning sotsiaalse tegutsemisvõime ja toimetuleku toetamiseks; teadmised keskkonna mõjust arengule ja õppimisele; oskuse kriitiliselt hinnata olemasolevaid sotsiaalse kaitse süsteeme ning kasutada neid lapse kaitseks ja arendamiseks; oskuse tegutseda meeskonnas ja meeskonna juhina, tundes toimiva võrgustiku võimalusi; oskused ja teadmised laste ja noorte vaba aja väärtustamiseks ning selle seostamiseks ennetustegevusega. Sisseastumiseksamid: eesti keele riigieksam (eessti kool) või vene keele riigieksam (vene kool) (25%), riigieksam kandidaadi valikul (25%), vastuvõtueksam (50%). Enne 1997. a lõpetajad võetakse vastu ainult vastuvõtueksami alusel.

<sup>1</sup> Ligikaudsed vastuvõtuarvud, mis olid 01.04.2013 seisuga TLÜ senatis veel lõplikult kinnitamata.

**Tartu Ülikooli sotsioloogia ja sotsiaalpoliitika instituudis** saab õppida kahel õppekaval:

■ **Sotsioloogia, sotsiaaltöö ja sotsiaalpoliitika bakalaureuseõpe.** Integreeritud õppekava raames võib valida kahe peeriala ja mitme kõrvaleriala vahel. Sotsiaaltöö ja sotsiaalpoliitika suuna valinud üliõpilane saab teadmisi ja oskusi, mille abil teha sotsiaalpoliitilisi otsuseid ja analüüsida nende mõju, aga ka saavutada otseseid muutusi ühiskonnas, inimsuhetes ja inimeste heolus. Sotsiaaltöö erialaained annavad teoreetilisi teadmisi sotsiaaltöö olemuse, missiooni, ülesannete kohta ning oskusi ja eetilisi põhimõtteid abivajajate professionaalseks toetamiseks ja ennetusprogrammide elluviimiseks. Õppida saab sotsiaaltööd laste ja noortega, peredega ja üksikkliendiga, lastekaitsetööd, tervishoiusotsiaal- ja kriminaalhooldustööd, kogukonnatööd jms. Omandada saab ka nõustamisalaseid teadmisi ja oskusi. Sotsiaalpoliitika erialaained annavad teadmisi ühiskonna heolust ja selle kindlustamise põhimõtetest ning õpetavad kujundama ja analüüsima sotsiaalpoliitilisi otsuseid. Õppetöö hõlmab loenguid, seminare, praktikume, kirjalikke töid, kirjanduse lugemist, iseseisvat tööd ning järjest enam ka e-õpet. Kandidaat peab läbima akadeemilise testi (40%) ja erialakatse (60%).

■ **Sotsiaaltöö ja sotsiaalpoliitika magistriõpe.** Õppekava võimaldab eriala mitmekülgsel ja sügaval tundmist nii teoorias, uurimistöös kui ka praktikas. Teine oluline märksõna on kvalifikatsioon: õppekava läbinud spetsialistid täidavad juhi, ametniku ja uuriija funktsioone, tegutsevad kõrgel positsioonil sotsiaalpoliitika ja sotsiaaltöö valdkonnas, on pädevad tegutsema keerulistes, riskirikastes olukordades ning vastama eriala standarditele. Võimalus spetsialiseeruda kitsamale valdkonnale või sihtrühmale: sotsiaaltöö laste, noorte ja nende peredega; sotsiaalpoliitika analüüs; rehabilitatsioon; kriminaalhooldus. Õppima võivad asuda ka need, kes on omandanud bakalaureuseõppes vastava kõrvaleriala või eeldusained. Õppetöö on tihedalt seotud instituudi uurimisprojektidega ja erialaaineid õpetavad vastava valdkonna tunnustatud spetsialistid-teadlased. Vastuvõtutingimus: erialakatse.

*Bakalaureuseõppesse võetakse vastu 45 inimest, magistrantuuri 18 inimest.*

**Tartu Ülikooli Pärnu kolledžis** on võimalik õppida **sotsiaaltöö ja rehabilitatsiooni korralduse** õppekava alusel. Õppija saab rakendusliku sotsiaalteadusliku hariduse sotsiaaltöö või rehabilitatsiooni korraldusel. Õppekava hõlmab teoreetilist õpet, vaba- ja valikaineid, erialapraktikat ja lõputööd. Teoreetiline õpe koosneb sotsiaal- ja majandusteaduste ja sotsiaaltöö alusmoodulist, sotsiaaltöö või rehabilitatsiooni korralduse suunamoodulist ja sotsiaaltöö või rehabilitatsiooni korralduse erialamoodulist. Lõpetajad õpivad tundma ühiskondlikke protsesse, ettevõtlus- ja hoolekandeesutuse teenuste osutamise ja juhtimisega seotud protsesse. Lõpetajad saavad töötada teenuseid pakkuvast era-, avalikus- ja mittetulunduslikus ettevõttes spetsialiseerumisega sotsiaal- ja rehabilitatsioonivaldkonnale. Õpinguid saab jätkata magistriõppes. Vastuvõtt päevasesse õppesse riigieksamite tulemuste alusel; avatud ülikooli õppesse sisseastumiseksamite tulemuste alusel, riigieksamite sooritamine ei ole sisseastumiseks vajalik.

*Tasuta õppekohti on kokku 45, neist 24 päevasest õppes ja 21 avatud ülikooli õppes.*

**Lääne-Viru Rakenduskõrgkooli** sotsiaaltöö eriala õppekava annab rakendusliku kõrghariduse. Õpe on suunatud sotsiaalalal töötaja kutsetöökõks vajalike teoreetiliste teadmiste ja praktiliste oskuste omandamisele, üldhariduse täiendamisele, kestva enesetäiendamise vajaduse kujundamisele. Õppekavas moodustavad 22% erinevad praktikad. Süvendatult on võimalik õppida laste- ja noortetööd, tööd eakate ja erivajadustega inimestega. Õppekavas on palju rakenduslikke õppeaineid ja iseseisvaid ülesandeid (suhtlemis- ja motivatsioonitreening, psühholoogiline nõustamine, projektitöö, ettevõtluse alused, supervisioon jms). Lõpetaja saab töötada sotsiaaltöötajana avaliku või erasektori asutustes. Võimalik jätkata õpinguid magistriõppes. Vastuvõtul arvestatakse gümnaasiumi või keskkooli lõputunnistuse keskmist hinnet.

## Need-based family allowance bringing along changes

*Kaili Didrichson, Ministry of Social Affairs*

In summer 2013, a new type of family allowance will be introduced in Estonia, the need-based family allowance. The allowance will be paid, in addition to the general child allowance, to families with children earning an income lower than the subsistence level set for the allowance. The amount paid will be €9.59 a month for families with one child and €19.18 a month for families with two and more children until the end of 2014, and will then be doubled to €19.18 and €38.36 a month respectively. According to the Statistical Office of Estonia, 19.5% of children at the age of 0–17 lived under the threshold of relative poverty, i.e. an estimated number of 48,000 children. Other changes to the family allowances system will also be made this summer. The monthly child allowance paid to families with three and more children will be increased from €57.54 to €76.72 as of 1 July 2013, and to €95.9 a month as of 1 January 2015. As of 1 June 2013, parents of patchwork families will have a right to apply for family allowances for all children in their family, including their husband's or wife's children born of earlier relationships. This will give patchwork families with three or more children a chance to apply for larger benefits. The single allowance paid on the birth of triplets or higher order of multiples will be increased to €1000 per child as of 1 July 2013. Also, a special provision will enter into force making it possible for family allowances to be paid also in summer months (July and August) to basic school graduates 16 years of age or older, as well as to these basic school graduates who will turn 16 before a new school year starts.

## Assistance to people who use drugs in Estonia

*Aljona Kurbatova, National Institute for Health Development*

The first harm reduction, social and treatment services for people who use drugs were developed in Estonia in the 1990s and over the years, they have continued to grow. At the moment, available services include harm reduction (provision of clean syringes, social counselling, etc.), addiction therapy (including opioid substitution therapy) and rehabilitation for adults and minors, and counselling services that are also provided to families and relatives of people who use drugs. An overview of services is available at <http://www.narko.ee/nou-ja-abi/> (in Estonian and Russian). However, the network of health care and social services for this target group is still fragmented. The services are unevenly available in different regions and do not cover all needs. The number of specialists (e.g. psychiatrists) is insufficient, and there is a lack of in-service training for specialists. Possibilities for in-patient treatment are very limited, and there are no targeted interventions for stimulant and cannabis addicts or in-patient treatment and rehabilitation services for addicted women with children. Most services focus on the physical and psychological aspects of addiction, but tend to not address the need to reintegrate recovering drug users into society and follow-up. Even the best treatment and rehabilitation services have little effect, if the recovering drug user returns to an environment that was one of the causes of addiction in the first place. The greatest challenge, however, will be ensuring a systematic provision and a logical network of addiction treatment and other supporting services.

## Drug use among school children – results of ESPAD survey

*Sigrid Vorobjov, National Institute of Health Development*

Estonia participated in the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) in spring 2011. The survey is conducted every four years with the aim of describing the attitudes of school children to the use of tobacco, alcohol and illegal drugs, as well as children's experiences with them. Estonia has been participating in the survey since 1995. 2460 students at the age of 15–16 were interviewed in Estonia in 2011. The results showed that more children experiment with drugs (especially cannabis) in Estonia than on average in Europe (24% and 17% respectively). 8% of Estonian school children had experimented with some other kind of illegal drugs besides cannabis, which is also above the European average (6%). There has been a sharp increase in Estonian school children who have experimented with inhalants – this rate was 9% in 2007 and 15% in 2011, while the European average was 9%. Every other respondent had been drunk at least once in the month preceding the survey, and one third of the children had first tried alcohol and tobacco at under 12 years of age. Being dissatisfied with parent-child relationships and lack of parental control are some of the aspects that may determine whether a child decides to experiment with alcohol or drugs. One of the conclusions drawn by the survey was that besides teaching children about drugs, their personal and social skills should also be developed, so that they could resist social pressure leading to risk behaviour. In addition, sports and leisure activities should receive bigger funding from the state.



## **Семейное пособие на основании потребности и другие изменения. Стр. 7**

*Кайли Дидрихсон, министерство социальных дел*

Этим летом вступят в силу существенные изменения в выплате семейных пособий: малообеспеченные семьи, получающие пособие на ребенка, смогут ходатайствовать о дополнительном семейном пособии на основании потребности — 9.59 евро в месяц, если в семье один ребенок; 19.18 евро в месяц, если в семье двое и более детей. Пособие будет выплачиваться семьям, чей средний ежемесячный доход за последние три месяца был меньше предельного размера, установленного для этого пособия. Также вступят в силу другие изменения, в т. ч. увеличится детское пособие на третьего и последующих детей.

## **Зависимость как способ совладания. Стр. 16**

*Эрик Рюителъ, докторант социальной работы*

Есть две противоречивые точки зрения на формирование зависимости от психоактивных веществ. Одна рассматривает зависимость как болезнь, другая — как сознательный выбор человека. Сравнивая теории о формировании зависимости, автор приходит к заключению: для успешного лечения зависимости необходимо считаться с убеждениями клиента насчет того, является ли зависимость выбранным им самим способом решения проблем повседневной жизни или заболеванием.

## **Употребление наркотиков среди школьников — результаты исследования ESPAD. Стр. 22**

*Сигрид Воробьев, Институт развития здоровья*

По данным Европейского проекта исследования употребления школьниками алкоголя и наркотических веществ (2011) в Эстонии, по сравнению со средним по Европе, больше подростков, экспериментирующих с наркотиками, особенно с коноплей (соответственно 24% и 17%). За последние четыре года резко возросло употребление ингалянтов. Каждый второй ученик 8-х и 9-х классов за последний месяц был не менее одного раза в состоянии алкогольного опьянения, треть подростков пробовали алкоголь и табак в возрасте младше 12 лет. Для профилактики наркомании важны доверительные отношения с родителями и родительский надзор, развитие личностных и социальных навыков, и организация досуга.

## **Общие принципы профилактики наркомании среди молодежи. Стр. 30**

*Карин Стрейманн, Институт развития здоровья*

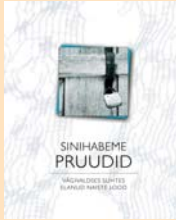
Статья дает обзор уровней профилактики наркомании и принципов деятельности на этих уровнях, а также факторов риска и защитных факторов, связанных с употреблением наркотиков среди молодежи. Рассматриваются возможности различных сторон — родителей, школы, молодежных работников, общины — в профилактике наркомании среди молодежи. Даются рекомендации, как говорить с молодежью о наркотиках, и приводятся признаки, указывающие на возможное употребление наркотиков.

## **Помощь людям с наркозависимостью в Эстонии. Стр. 37**

*Алёна Курбатова, Институт развития здоровья*

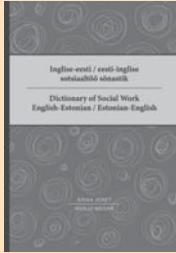
Людам с наркозависимостью в Эстонии предлагаются различные медицинские и социальные услуги: услуги по уменьшению вреда (обмен шприцев, социальное консультирование и др.), лечение зависимости (в т. ч. опиоидная заместительная терапия), реабилитация для взрослых и несовершеннолетних, а также консультационные услуги, предлагаемые как людям, употребляющим наркотики, так и их близким. Перечень услуг приведен на сайте [www.narko.ee/nou-ja-abi/](http://www.narko.ee/nou-ja-abi/). Тем не менее, при оказании помощи нужен более системный подход, т. к. на данный момент услуги не одинаково доступны в различных регионах и не покрывают потребностей всех групп.





### **Sinihabeme pruudid: vägivaldses suhtes elanud naiste lood. (2013). Koostaja ja toimetaja Krista Kivisalu. Tähtvere Avatud Naistekeskus**

Lähiisuhtevägivald on teema, mis jääb tihtipeale võõraste pilkude eest varjatuks. Meie kõrval elavad inimesed, kelle jaoks kodu on sõjatsoon, kus peetakse võitlusi elu ja surma peale. Raamatus „Sinihabeme pruudid” räägivad oma loo seitse Eesti naist, kes on elanud vägivaldses suhtes. Raamat on müügil raamatukauplustes ja seda saab tellida ka Johannes Esto Ühingu kodulehe kaudu. [www.johannes.ee](http://www.johannes.ee)



### **Inglise-eesti / eesti-inglise sotsiaaltöö sõnastik (2012). Koostanud Erika Jeret ja Marju Medar. Tartu Ülikooli kirjastus**

Sõnaraamatus leiavad käsitlemist nii sotsiaalkindlustuse ja sotsiaalhoolekande üldine terminoloogia (sotsiaalkindlustus, hoolekanne, sotsiaaltöö ja rehabilitatsiooni korraldus, poliitika, haldus, planeerimine, arendus, kvaliteet, juhtimine, turundus, teenindus) kui ka sotsiaaltöö teooria ja meetoditega seotud terminoloogia (klienditöö, kogukonnatöö, grupitöö, projektitöö, sotsiaaltoetused ja -teenused), aga ka teised sagedamini kasutatavad terminid. Sõnastik on mõeldud sotsiaaltöö praktikutele, kutse- ja kõrgkoolide õpetajatele, (üli)õpilastele ning kõigile sotsiaalvaldkonna huvilistele. [www.tyk.ee](http://www.tyk.ee)



### **Kommunikatsiooni ja eetika käsiraamat: sinu igapäevane töövahend (2012). Anna Follestad. Tõlkinud Piret Purdelo-Tomingas, toimetanud Silvi-Aire Villo. TEA Kirjastus**

Tallinna Diakooniahaigla pikaajalised Norra partnerid on eesti ja vene keeles välja andnud käsiraamatu kommunikatsiooni ja eetika teemal. Raamat on kirjutatud lihtsalt ja arusaadavalt, arvestades tervishoiu- ja hoolekandetöötaja igapäevaseid vajadusi. Raamatu põhiteemadeks on: kommunikatsiooni protsess; empaatia sõnad, aeg ja vestlus; kuulamine ja vestlustehnikad; probleemi ja konflikti lahendamine; grupid; juhendamine; suhtlemine eri sihtrühmadega; eetika ja hoolekanne; kultuur ja keel. Lisainfo tel 5649 9877 või [piret.purdelo@mail.ee](mailto:piret.purdelo@mail.ee)



### **Spetsialistist koolitajaks. Alustavale ja arenevale koolitajale (2012). Edvard Ljulko. Tervise Arengu Instituut**

Käsiraamatu väljatöötamiseks andis toetust tösi, et lisaks professionaalsetele koolitajatele tegutsevad Tervise Arengu Instituudi juures täiendkoolitajatena ka erinevad oma valdkonna eksperdid, näiteks arstid ja sotsiaaltöötajad. Kuna suurem osa neist ei ole erialase ettevalmistuse poolest koolitajad, soovibki Tervise Arengu Instituudi koolituskeskus pakkuda käsiraamatuga neile metoodilist tuge. Käsiraamatus leiavad muu hulgas käsitlemist küsimused, kuidas teha loeng kõitvaks, millised on lihtsad ja mõjusad aktiivõppe meetodid, kuidas tulla toime esinemispingega, kuidas täiskasvanud inimene õpib ja millistel juhtudel ei õpi.

Raamat on kättesaadav Tervise Arengu Instituudi kodulehel: [www.tai.ee](http://www.tai.ee) -> Väljaanded -> Trükised ja infomaterjalid.

# MÖTTEVARA

## Jack Canfield on öelnud:

„Minu isa oli väga negativistlikult häälestatud. Ta arvas, et rikkad on rikkuse saanud varguse teel ja kellel on rohkem raha, on selle saanud teisi pettes. Nii ma kasvasin üles terve rea raha puudutavate eelarvamustega, nagu „raha rikub inimese“, „head inimesed pole rikkad“, „raha ei kasva puu otsas“. Isa armsaimaks kõnekäänuks oli: „Kas sa arvad, et ma olen Rockefeller?“ Nii ma sirgusin kindlas veendumuses, et elu on üks raske katsumus. Alles pärast kohtumist William Clement Stone'iga [kuulus ameerika filantroop ja kindlustusala tegelane – J. R.] hakkasin muutma oma arvamust ...

Viimane õpetas mulle järgmist: iga päev sule silmad ja kujutle, et eesmärk on juba saavutatud. Ma joonistasin saja tuhande dollarilise pangatšeki ja kinnitasin selle lakke. See joonistus oli esimene, mida ma hommikul silmi avades nägin ja see meenutas mulle mu kavatsust niipalju teenida. Siis ma sulgesin taas silmad ja kujutasin elavalt ette oma elu sellise sissetulekuga aastas. Kolmekümne päeva jooksul ei juhtunud midagi. Minu peas ei hakanud idanema mitte ühtegi lootustandvat mõtet ega pakkunud mulle ka keegi niipalju raha.

Arvata nelja nädala pärast tärkas minus idee saja tuhande dollari teenimiseks. Nagu iseenesest torkas see mulle pähe. Mul oli olemas raamatu käsikiri. Järsku ma mõtlesin: „Kui mul õnnestuks müüa nelisada tuhat eksemplari kahekümne viie sendi eest eksemplar, oleks mul sada tuhat dollarit käes.“ Raamat oli ammu kirjutatud, kuid sellist mõtet polnud kunagi pähe tulnud. Seejärel nägin kaubanduskeskuses ajakirja „National Enquirer“. Olin seda ajakirja näinud miljoneid kordi, kuid see sulas alati taustaga kokku. Seekord tungis ta esile. Mõtlesin: „Kui ajakirja lugejad saavad teada minu raamatust, siis ilmselt leidub nelisada tuhat, kes selle ostavad.“

Umbes kuus nädalat hiljem esinesin loenguga New Yorgi Hunter College'is kuuesajale õpetajale. Pärast loengut tuli minu juurde keegi naine ja teatas: „See oli suurepärase loeng, tahaksin teid intervjuuerida. Siin on minu nimekaart“. Tuli välja, et ta on ajakirja „National Enquirer“ vabakutseline ajakirjanik ... Artikkel ilmus ja raamatu läbimüük suurenes märgatavalt ... Lühidalt, ma ei teeninud sada tuhat dollarit sel aastal, vaid üheksakümmend kaks tuhat kolmsada kaksikümmend seitse dollarit. Me ei langenud depressiooni, vaid ütlesime: „Suurepärase!“ Minu naine lisas: „Kui su idee töötab saja tuhande dollari hankimiseks, siis vast ka miljoni dollari saamiseks?“ Vastasin: „Ma ei tea, kuid arvan, et küllap vist“.

Minu kirjastaja kirjutas tšeki minu esimese raamatu „Ravim hingele“ honoreerimiseks ja joonistas allkirja juurde naeratava lapsenäo, sest – miljoni dollarilist tšeki kirjutas ta välja esimest korda.“

**Jack Canfield** (19.08.1944) – ameerika väljapaistvamaid elus eduka edasijõudmise temaatikaga tegelejaid. On kirjutanud raamatu „Edu põhijooned“ („*The Success Principles*“), mis on ka eesti keeles ilmunud. Ülalesitatud autoripoolne edulugu on võetud Rhonda Byrne'i raamatu „Saladus“ („*The Secret*“) venekeelsest tõlkest aastast 2011 (eesti keelde tõlgitud 2008). See lugu on muidugi üks „ameerika unelmate“ valdkonda kuuluvaist ja ei pruugi meil töötada. Tekst sai valitud seepärast, et suunata pilk kahe ühiskonna vahelistele erinevustele, kuigi meil igati püütakse „suurema venna“ elulaadi jäljendada.

Vahendanud Jüri Raudsepp

Foto Inga Mölder



# Tervisedenduse konverents 2013: Toetades teadlikke valikuid

7. juunil Tallinnas

Konverentsil arutatakse võimalusi, kuidas aidata inimestel langetada oma tervise osas teadlikke otsuseid, tuginedes usaldusväärsetele, teaduslikel uurimustel põhinevatele allikatele. Räägime toitumise, söltuvuste ennetamise ja vaimse tervise näitel, kuidas eristada usaldusväärset infot mitteusaldusväärsest.

Konverentsile on oodatud tervisealase info vahendajad eri elualadelt riiklikul ja kohalikul tasandil: tervishoiutöötajad, sh pere- ja kooliõed, maakondade ja kohalike omavalitsuste tervisenõukogude liikmed, patsientide ühenduste esindajad, õpetajad, meedia esindajad ja kõik teised huvilised.

Igaaastast konverentsi korraldab Tervise Arengu Instituut koos Eesti Haigekassa, sotsiaalministeeriumi, Maailma Terviseorganisatsiooni ja Eesti Tervisedenduse Ühinguga.

Osavõtt tasuta, vajalik eelregistreerimine. Täpsem info konverentsi ja registreerimise kohta veebilehtedel [www.tai.ee](http://www.tai.ee) ja [www.terviseinfo.ee](http://www.terviseinfo.ee) ning koostööpartnerite kodulehtedel.

## Suveülikooli kursus doktorantidele ja magistrantidele

**15.–19. juulil 2013** korraldavad Tallinna Ülikooli sotsiaaltöö instituut ja Tartu Ülikooli sotsioloogia ja sotsiaalpoliitika Instituut rahvusvahelise uurimiskursuse sotsiaaltöö, sotsiaalpoliitika, sotsioloogia doktorantidele ja teadushuvilistele magistrantidele. Loeng-seminare viivad läbi professor Lauri Leppik, dotsendid Dagmar Kutsar, Merike Sisask, Judit Strömpl, Riina Kiik jpt. Töökeel: inglise. Toimumiskoht: Tallinn ja Tartu. Võimalik koguda 4 või 7,5 EAP. Osalustasu: 30 eurot (materjalid ja kohvipausid). Registreerimine ja lisainfo: [Koidu.Saia@tlu.ee](mailto:Koidu.Saia@tlu.ee) ja [www.tlu.ee/sotsiaalto](http://www.tlu.ee/sotsiaalto) -> doktoriõpe -> teated.

## Täienduskoolitused sotsiaaltöötajatele

Tallinna Ülikooli sotsiaaltöö instituudist on võimalik on tellida grupikoolitusi, mis lähtuvad konkreetse asutuse koolitusvajadusest. Saab tellida ka koolitusi järgmistel teemadel, mille vastu on sotsiaaltöö praktikud viimase aasta jooksul kõige rohkem huvi tundnud:

- Lapse ja pere heaolu hindamine: parimad praktikad (lektor Karmen Toros, PhD)
- Refleksioon läbipõlemist ennetava meetodina (lektor Tiia Tamm, PhD)
- Sotsiaaltöötaja ametieetika ja eetiliste probleemide lahendamine (lektor Anne Tiko, PhD)
- Kooliprobleemide sotsiaalsed tagamaad (dotsent Mare Leino, PhD)
- Temperament ja sotsiaalsed probleemid (dotsent Mare Leino, PhD)
- Sotsiaalteenuste arendus ja turundus (lektor Marju Medar, PhD)
- Strateegiline juhtimine mittetulundussektoris (lektor Marju Medar, PhD)
- Nõudlemine ehk kuidas edastada mõjusalt sõnumi sisu (lektor Margo Kikas, MA)
- Baaskoolitus töötamiseks erivajadustega inimestega (lektor Karin Hanga, MA)

*NB! Osaliselt e-õpe!*

Lisainfo sotsiaaltöötajate täienduskoolituste kohta: [Koidu.Saia@tlu.ee](mailto:Koidu.Saia@tlu.ee) ja instituudi veebilehelt [www.tlu.ee/sotsiaalto](http://www.tlu.ee/sotsiaalto) -> täienduskoolitused