

NR 4/2023

ISSN 1406-8826

# Sotsiaaltöö

SOTSIAALTÖÖ JA SOTSIAALPOLIITIKA ERIALAAJAKIRI

Kuidas pakkuda inimesele  
terviklikku tuge?

Rehabilitatsiooniteenuse muudatused  
ja asutuste kogemused

Sotsiaaltöötaja aitab raviteekonnal  
vastu pidada

Millist tuge vajab vähihaige  
õpilane koolis?

RFK valdkonnaülene rakendamine

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

Sotsiaaltöö paberajakiri ilmub neli korda aastas: veebruaris, mais, septembris ja detsembris. Tiraaz 850 eksemplari. Ilmub 1997. aastast.

## Loe artikleid veebis!

Artikleid saab lugeda ka Sotsiaaltöö veebilehel. Veebis on pidevalt uuenev sündmuste ja koolituste kalender.

## Liitu uudiskirjaga!

Telli tasuta e-uudiskiri, mis sisaldab ajakirja ja valdkonna olulisemaid uudised, värskeid ülevaateid, veebiartikleid ja sündmusi.

## Telli ajakiri!

Tellimuse saab vormistada ajakirja veebilehel.

## Teeme koostööd!

Kaastöid ja koostööettepanekuid ootame toimetuse meiliaadressile [ajakiri@tai.ee](mailto:ajakiri@tai.ee).

Uuri lisaks: [www.tai.ee/sotsiaaltöö](http://www.tai.ee/sotsiaaltöö)

## Toimetuse kolleegium

Asgeir Falch-Eriksen, Mailiis Kaljula, Riina Kiik, Eike Käsi, Valter Parve, Riho Rahuoja, Hede Sinisaar, Reeli Sirotkina, Judit Strömpl, Karmen Toros, Katrin Tsuiman, Taimi Tulva, Meeli Tuubel, Tuuli-Brit Vaga.

## Toimetus

**Vastutav toimetaja** Regina Lind  
**Toimetaja** Kairiin Nuudi  
**Kaastoimetaja** Helve Hennoste

## Kontakt

Tervise arengu instituut  
Hiiu 42, 11619 Tallinn  
Tel 659 3931, e-post [ajakiri@tai.ee](mailto:ajakiri@tai.ee)  
[www.facebook.com/ajakiriSotsiaaltöö](http://www.facebook.com/ajakiriSotsiaaltöö)

**Trükk:** Joon OÜ



**Tervise  
Arengu  
Instituut**



**SOTSIAALMINISTEERIUM**

## SISUKORD

### Eessõna

Anniki Lai, Hanna Vseviiov, Nele Labi .....	2
--	---

### Persoon

<b>Lea Kõre: „Haigla sotsiaaltöötaja seob sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonda“</b> Kadri Kuulpak .....	3
<b>SA Viljandi haigla hoolekandekeskuse juht Kairi Nool: „Kõigil peab olema hea!“</b> Kristina Traks .....	9

### Korraldus

<b>Hoolduskoordinatsiooni projektis jätkatakse maakondlike võrgustikega</b> Anu Õun .....	14
<b>Rehabilitatsiooniteenused peaksid olema vajaduse järgi kättesaadavad ja rohkem seotud tervishoiuvaldkonnaga</b> Brit Tammiste .....	19

### Analüüs

<b>Kuidas jõuaksime järgmisele tasemele tuge vajavate inimeste abistamisel?</b> Siim Espenberg .....	24
---	----

### Metoodika

<b>Rahvusvahelise funktsioneerimisvõime klassifikatsiooni valdkonnaülene rakendamine</b> Kairit Viidalepp .....	30
--	----

### Erialakeel

<b>Mis juhtuks, kui meditsiini- ja sotsiaalvaldkonna terminoloogias tehtaks koostööd?</b> Ruth Erm .....	35
---	----

### Intervjuu

<b>Sotsiaaltöötaja aitab rasketel ravikuuridel vastu pidada.</b> <b>Intervjuu Mirjam Bergknutiga</b> Kairiin Nuudi .....	40
<b>Perearst Diana Ingerainen: „Integratsioon on usu küsimus“</b> Regina Lind .....	46

### Uurimus

<b>Millist tuge vajab vähihaige õpilane koolis?</b> Merike Puusepp .....	51
<b>Ühiskonnas tõrjutute kriisikogemused: õppetunnid koroonapandeemiast</b> Kati Orru, Kristi Nero, Ingeliis Siimsen .....	59

### Projekt

<b>PAIK teenuse rakendamine paneb tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna osalised meeskonnana tööle</b> Maarja Evert .....	66
<b>Raviteekonna jätkumine väljaspool haigla seinu</b> Eva Paalma .....	71
<b>Nooresõbralik ja kogukonnateadlik „Ringist välja“ võrgustikutöö</b> Annely Reile, Kersti Kruus .....	74

### Kogemus

<b>Rehabilitatsiooniteenus teenuseosutaja pilguga</b> Liina Lokko .....	80
<b>Keila teraapiakeskuses arendatakse teenuseid koos kogukonnaga</b> Kadri Tomera, Katrin Saliste .....	87
<b>Tugiisik aitab kokku viia uimasteid tarvitava inimese ja tervishoiuteenused</b> Marin Vaher .....	91

## EESSÕNA

Meil on hea meel, et hoiad käes tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi lõimimist käsitlevat numbrit.

Esindades tervise-, sotsiaal- ja innovatsioonivaldkondade poliitikakujundust, kirjutame seekord eessõna kolmekesi, et rõhutada sotsiaalministeeriumi ühist sihti ja selget plaani valdkondade lõimimisega edasi liikuda.

Muudatustel on lai mõju Eesti inimeste tervena elatud aastatele ja heaolule, seega on valdkondade lõimimine järgnevatel aastatel ministeeriumis ning valitsuse erilise tähelepanu all. Hulk tööd on juba tehtud, meil on teadmisi ja kogemusi analüüsides, katseprojektidest ning tööpraktika muutmisest. Seda kõike aluseks võttes saame teha järgmised sammud lõimitud süsteemi ülesehitamisel.

Lõimimisvajadusest ja selle kasust räägivad nii abi vajajad kui ka andjad. Parem korraldus ja seotud tegevus valdkondades aitab vähendada topelttööd ja bürokraatiat ning suurendada tööga rahulolu, inimesed aga saavad sujuvamat ja tulemuslikumat abi. Eesti ühe edukama sotsiaal- ja tervisevaldkonna lõimimisprojekti, Viljandis rakendatud teenuse PAIK tulemused näitasid, et selles osalenud inimesed olid raviprotsessiga rohkem rahul ning tundsid end oma ravi ja sotsiaalse toimetuleku küsimustes kaasatuna. Inimese vajaduste tervikliku käsitluse ja valdkonnaülese abi head näited on palliatiivravi, vaimse tervise abi ja rehabilitatsiooni areng.

Andmete kasutamine on süsteemide lõimimise üks alustala. Eestis on palju digiandmeid, kuid neid on vaja inimeste tõhusamaks abistamiseks varasemast enam analüüsida ja kasutada. Tähtis on kujundada ühine inforuum ja andmekasutus, et terviklikult lahendada inimese elus läbi põimunud sotsiaalseid ja terviseküsimusi.

Valdkondade tegevuse lõimimine ei ole haldusmuudatus, vaid põhimõtete, korralduse ja igapäevatöö sisuline muutus. Vajadustest lähtuv, terviklik ja valdkonnaülene ning parimatele teadmistele toetuv teenusekorraldus aitab kaasa tegeliku inimkesksuse saavutamisele. Nii saame paremini ennetada haiguste kujunemist ja sotsiaalsete probleemide teket või süvenemist ning tagada elanike parema elukvaliteedi ja heaolu.

Soovime, et see number aitaks paremini mõista lõimimise probleeme ja võimalusi, innustaks kõigi osaliste konstruktiivset arutelu selle üle, kuidas muuta Eesti tervishoid ja sotsiaalhoolekanne tugevamaks ning jätkusuutlikumaks. Oleme veendunud, et koostöös ja parimaid teadmisi rakendades suudame kujundada tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi, mis teenib meie inimesi veelgi paremini.

### **Anniki Lai**

*sotsiaalministeeriumi vaimse tervise osakonna juhataja*

### **Hanna Vsevirov**

*sotsiaalministeeriumi sotsiaalala asekanstler*

### **Nele Labi**

*sotsiaalministeeriumi innovatsiooni asekanstler*



Foto: Robin Roots, Õhtuleht

## Lea Kõre: „Haigla sotsiaaltöötaja seob sotsiaalkaardiga ja tervishoiuvaldkonda“



**Kadri Kuulpak**

ajakirjanik, MTÜ Elame Veel! projektide koordinaator

Üks tänavustest aasta sotsiaaltöötaja tiitli saajatest on **Lea Kõre**, kes on viimased kümme aastat töötanud tervishoius. Ta näeb, et tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna lõimitus võiks Eestis olla mitu korda parem, praegu on koostöö pigem isikupõhine.

„Esimest korda elus tunnen, et keegi mõistab mind“ – neid sõnu kuuleb Lääne-Tallinna keskhaigla õendusabikliiniku sotsiaaltöötaja Lea Kõre oma kabinetis sageli. Ta lahendab iga päev keerukaid olukordi, aidates mitme diagnoosiga patsiente, kellel on nii tervisekui ka sotsiaalmured. Kahe valdkonna digilahendused ei ühti, sestap nõuab abivajajale parima lahenduse leidmine professionaalsust ja tihedat koostööd ametikaaslastega.

### **Selle numbri keskmes on sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna lõimimine. Mis on teie esimesed mõtted selle kohta?**

Tervishoiu- ja sotsiaaltöötajad teevad head koostööd. Koostöö on aga kahjuks alati isikupõhine. Eakate ja hooldekodude küsimustes on hea koostöö eriti tähtis, sellela asjad ei toimiks. Hooldereform nõudis suurt hulka hindamisi, linnaosas aga on ametis paar sotsiaaltöötajat, kes selle valdkonnaga tegelevad. Kust nad võtavad aja, et iga inimese loosse süveneda? Kahe või viie minutiga ei pruugi haiglas inimese teenusevajadust hinnates adekvaatse tulemuseni jõuda. Eriti, kui tema pea ei tööta. Esimese hooga võib jutt olla nii ladus, paari minuti pärast aga kõik muutub. Tuleb võtta aega inimese olukorra ja vajaduste väljaselgitamiseks. Hooldereformi ja üha suureneva töökoormuse tõttu võtsime juunist ametisse teise sotsiaaltöötaja.

---

Haigla sotsiaaltöötaja on justkui puhver meditsiini ja sotsiaalvaldkonna vahel. Olen see, kes neid kaht seob.

---

Teine teema on ravikindlustamata patsiendid. Alates 2022. aastast osutab Lääne-Tallinna keskhaigla õendusabi ka ravikindlusteta inimestele. Nad pole võibolla kümme aastat üheski registris olnud,

isegi pension on vormistamata. Kõike tuleb hakata nullist uurima. See eeldab väga palju koostööd politsei- ja piirivalveametiga. Varem oli politseil oma infotelefon, nüüd on ainult riigi infoabitelefon, kust sotsiaaltöötaja ei saa vajalikku infot.

Aastaid üritati käima lükata hoolduskoordinatsiooni projekti. Ma ei teagi, kaugele on sellega jõutud, aga tunnen, et haigla sotsiaaltöötajaid tulnuks projekti rohkem kaasa.

Ka sotsiaalkindlustusamet ega töötukassa ei väljasta meile tööks vajalikke andmeid. Andmekaitse kaalutlustel. Mind ei huvita ju, kui palju inimene raha saab, aga kui ta tuleb teisest haiglast, siis tahan teada, kas tal on juba töövõime hindamise või puude taotlus tehtud. Aga ma ei saa ka seda infot, sest kolmandatele osalistele seda ei edastata. Kuidagi on haigla muutunud kolmandaks osaliseks.

### **See ei ole siis kogu aeg nii olnud?**

Ei! Info saab kätte, aga selleks tuleb isiklikult suhelda inimestega. Haiglal puudub ligipääs sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregistrile (STAR), nii et peame kogu info saama omavalitsuse töötajalt.

Teenused on üha diferentseeritumad. Puutun ikka rohkem kokku ka sellega, et lähedane või patsient tuleb siia ja räägib ära oma loo, mis võib olla ühtaegu seotud nii hooldekodu, tugiisiku kui ka koduhoolduse või -õenduse vajadusega. Väga palju erinevaid komponente. Aga sageli suunatakse erinevate küsimuste lahendamiseks erinevate spetsialistide poole. Pean ainuüksi linnaosas nelja-viie inimesega rääkima, et lahendus leida. Inimene peaks justkui ise teadma, missugust abi ta vajab. Haigla sotsiaaltöötaja on justkui puhver meditsiini ja sotsiaali vahel. Olen see, kes neid kaht seob. Tajun sellist rolli. Kindlasti on meditsiini sotsiaaltöötajatel eri üksustes

väga erinevad tööülesanded ja rollid. Kes töötab akuutravis, peab kiireid otsuseid langetama. Süvenemiseks pole palju aega. Sünnitusmajas on jälle omad küsimused.

**Kui teie juttu peegeldada, siis üks suur mure on, et andmekaitsereeglid ja ametnike hirmud on töö keerulisemaks teinud.** On. Ja seda võimendatakse viimasel ajal nii palju. Usun ka, et selle taga on paljuski põhjendamatud hirmud. Igasugused lood, kus keegi pahandab, et tema andmeid on vaadatud, teevad töötajad ettevaatlikuks. Aga alati saab ju põhjendada, miks andmeid vaadatakse.

---

Eakate ja hooldekodude küsimustes on hea koostöö eriti tähtis.

---

Mulle on suur abi, kui erakorralise meditsiini keskuses on lühidalt kirjeldatud koduse olukorra teave. Nad on käinud kodus, näinud inimese olukorda. Vaatan neid andmeid selleks, et inimese hooldust korraldada. Omavalitsuse vaatevälja ei pruugigi ta olla sattunud. Terviserikked tulevad sageli ootamatult. „Eile ta ju alles sai kõigeaga hakkama“ – seda kuuleb tihti.

**Kuidas te üldiselt hindate tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna lõimitust?**

See võiks olla mitu korda parem. Ajame ju ikkagi sama asja. Oleme ühe terviku osad. Eks siin ole palju takistusi. Meil puudub ligipääs sotsiaalhoolekande andmesüsteemile. Hakkame seda ligipääsu iga inimese tarvis looma. Ma ei näe siit, kas tal üldse on lähedasi. Need andmed saab kätte tänu sellele, et oled aastaid töötanud.

Üha sagedamini tuleb ette, et lapsed elavad välismaal. Abivajaja on siis justkui

täiesti üksik inimene, keda peab igal sammul toetama. Mõni suudab teises riigis elades sugulase hooldust korraldada, kas või hooldekodu koha leida, aga kõik ei suuda seda. Lapsed ei pruugi üldse olla kokku puutunud hooldust vajava inimesega. Haigla sotsiaaltöötaja aitabki kõiki neid asju korraldada ja informeerib võimalustest. Selleks on jälle hästi oluline koostöö riigiasutuste ja omavalitsusega.

**Paraku kuuleb hästi tihti lugusid, et eakat, mitme tervisehädaga inimest väntsutatakse ühest kohast teise: terviserikkega inimese viib kiirabi haiglasse, kust kästakse mõne tunni möödudes ta ära viia, heal juhul saab õendushaiglasse koha, proovitakse ehk hooldekodugi, siis püütakse jälle kodus hakkama saada. See kõik on päris kaootiline.**

[Ohkab.] See on õudne. Neid inimesi on päris palju, kes seda kogevad. Meie õendusabikliinikus on 200 kohta. Hiljaaegu olid seal üle poole inimestest vähemalt 85-aastased. Nende jaoks on igasugune muutus keeruline vastu võtta: täna elan siin, homme seal, ülehomme kolmandas kohas. Selline vangerdamine ... mina seda ei poolda.

Meilt lähevad hooldekodusse enamasti lamajad haiged, kelle jaoks ei olegi head lahendust. Südames tahaks ta jätkata kodus, aga see pole võimalik. Hiljuti tegelesin 65 aastat abielus olnud paariga. Kodu suudaks abikaasa kätt hoida, söögi ette anda, oleks emotsionaalselt toeks, aga ta ei suuda teda füüsiliselt aidata: pesta, mähet vahetada. Ja siis hakkabki see loksutamine. Mõnikord läheb vaja sidumisi. Ühel juhul tegi sidumisõde kõik, et koduõendus saaks jätkata, aga kulus kaks nädalat kodus ja see töö oli nullitud. Inimene jõudis ringiga õendusesse tagasi. Hakkame jälle tegema hindamisi ja nuputama, kuidas edasi.

Patsient aga on üle 90 aasta vana. Kuidas see kõik tema jaoks mõjub, see ebakindlus ja ebastabiilsus?

**Mis siis puudu või valesti on, et inimesi niimoodi loksutatakse?**

Kui sellele oleks hea vastus, siis sellist loksutamist ei oleks.

**Kas ikkagi on koduteenuseid liiga vähe?**

Koduteenused on individuaalteenused. Kui räägime voodihaigest, siis tema juures peaks abiline käima kolm-neli korda päevas. Mis see maksma läheb? See ületab hooldekodu hinna. Arvutasin selle välja juba siis, kui minu ema abi vajab. Voodihaigete koduteenuste kõrgele hinnale juhtis tähelepanu ka hiljutises ETV saates „Loteriipilet hooldekodusse“ osalenud tasulise koduteenuse osutaja. Ka valla esindaja lisas, et nende koduhooldus isikuhooldust üldse ei osuta. Ja see pole nii mitte ainult sealses vallas.

---

Sobivat lahendust ei ole leitud ka alkoholi tarvitamise häire tagajärjel tekkinud ajukahjustustega inimestele.

---

Koduteenus on mõeldav, kui inimene suudab ise veel ustki avada. Aga kui ta sinna ei pääse? Potitool on hea abivahend, aga sedagi tuleb tühjendada. Liikuvate inimeste minek hooldekodusse tuleb õendusabikliinikus jutuks enamasti vaid siis, kui on tegemist dementsusega inimestega, keda ei saa päevaks üksi koju jätta. Koduteenusest ei piisa neile järelevalve tagamiseks.

**Sellist osakonda, mis neile sobiks, ei ole.**

Ei ole. Võtame kas või insuldihaike: inimene vajab keeramist-pöörämist, aga pole ühtegi lamatist, nii et õendusabivajadus puudub.

Aga ta on kõnetu, teda toidetakse lusikaga. Siis ongi küsimus, mis teenus sellele inimesele sobib. Nendele inimestele pole head lahendust.

Vaatamata heale koostööle kohaliku omavalitsusega, ei ole me sobivat lahendust leidnud ka alkoholi tarvitamise häire tagajärjel tekkinud erinevate ajukahjustustega tööealistele inimestele, kellel on tajuprobleemid. Haigla ja õendusabi teevad füüsilise tervise taastamiseks suure töö ära, kuid desorienteeritus jääb. Tänaval nad ise hakkama ei saa ja algab taas uus ring. See on üks mõtlemiskoht.

**Kuidas te neid keerulisi juhtumeid ikkagi lahendate?**

Eks praegu olegi see ring [ühest asutusest teise]. Paljud, kes hooldekodust õenduskeskusesse jõuavad, on ka juba varem meie õenduses olnud. Alustame jälle otsast: kui kaua saab õenduses olla, kas selleks on näidustus, kas hooldekodu võtab ta tagasi? Hooldekodu võib ka öelda, et ei tule toime inimesega, kelle abivajadus on nende jaoks liiga suur. Hooldekodus on ilmselt veel vähem personali kui õenduskeskuses.

Omaette grupp on ka dementsusega inimesed, kes liiguvad ringi, õendusabivajadust pole, aga neid ei saa järelevalveta jätta. Haigla ei sobi neile sootuks: ümberringi on rasked lamajad haiged, nad tahaks kohe appi minna, aga sellega võib hoopis teise patsiendi ohtu seada. Õnneks püütakse üha rohkem ka neile teenuseid pakkuda. Mina ei suuda imet välja mõelda, sobivate lahenduste leidmine võtab palju aega.

**Koostööst rääkides jääb mulje, et eelkõige aitavad edasi isiklikud tutvused.**

Kahjuks nii on. Aitab ka elukogemus. Paraku kuulen viimasel ajal üha sagedamini sõnu, et mina seda teha ei saa. Mina seda



korraldada ei saa. Asjad ongi keerulised ja koostöö tähendabki, et koos arutame, mida ja kuidas me siiski saaksime teha. Aga kust leida aeg, et kellegagi niimoodi pikalt arutada?

Koostööst rääkides on haigla sotsiaaltöös oluline küsimus ka, kuidas kolleegid sotsiaaltöötajat aktsepteerivad. Mina tajun kolleegidelt austust. Mind võetakse koostööpartnerina. Mõni välismaal töötanud kolleeg toob välja, et mujal on tugipersonali roll veel palju suurem kui Eestis. Arst peaks tegelema ainult tervisega, aga kui haiglas on ainult üks sotsiaaltöötaja, jõuavad sotsiaalprobleemid ka meedikuteni. Ega patsient või lähedane tea alati, kellele mida rääkima peab.

Mõnikord lennatakse haiglas sotsiaaltöötajale peale: „Tee midagi, nüüd kohe!“ [Naerab.] Me pole imeinimesed – kõik protsessid võtavad aega. Meile satub ka palju inimesi, kellele tuleb eestkoste seada. Siin käivad kohtunikud, advokaadid, kohtusühhiaatrid. Siis ei saa olla nii, et arvad sotsiaaltöötajana midagi, info peab olema kontrollitud ja tõene, selle kokkukogumine võtab aega ja nõuab head koostööd.

**Seda kõike kuulates tundub, et teid peakski siin hoopis kümme tööl olema, mitte kaks.**

Päris kindlasti! Armastan teha koostööd patsientidega, nad väga ootavad suhtlemist, aga bürokraatiat on viimasel ajal nii palju. Võimalik, et olen ka oma töös põhjalik. Otsustame ju ikkagi inimeste elusaatuse üle. See on väga delikaatne ja õrn teema.

Kuu õendusabis maksab 570 eurot. Tallinn toetab inimese toimetulekut sisetulekust oleneva toetusega maksimaalselt 250 euroga aastas. Samal ajal peab inimene maksma oma kodu kulutused. Ravimid, mida mõnel on kümme või enam, tuleb

õendusabis endal välja osta. Võimalik, et inimene saaks sel juhul toimetulekutoetust, aga selleks on vaja kontoväljavõtet, korteri dokumente jne. Patsiendil ei ole haiglas neid kusagilt võtta. Mõni lööb käega, et paberimajandust on nii palju, see on alandav, ta ei hakka toetust küsimagi. Mõnele oleme saanud pensioni siia korraldada, aga ta liigub siit edasi, kuhu siis pension kanda, see tuleb ümber vormistada. Ka sellepärast pole patsientide ühest kohast teise liigutamine hea.

---

**Oluline küsimus on ka, kuidas kolleegid haiglas sotsiaaltöötajat aktsepteerivad.**

---

Kohe, kui inimene teenusele jõuab, peab hakkama rahast rääkima. Kes maksab? See on minu jaoks ebameeldiv. Patsient kui inimene on minu jaoks esikohal, aga praktiline elu surub ikkagi peale.

**Kas õendusabist minnakse varem ära ka raha pärast?**

Jah, seda on ikka olnud.

**Rääkisite, et teie ei saa sotsiaalist andmeid kätte. Aga ka omavalitsuse töötaja ei saa haigla andmetele ligi.**

Jah. Kui kirjutan sotsiaalosalakonnale udupeene diagnoosi, millest nad ei saa midagi aru, siis ei anna see midagi. Aga kas meil on keelatud rääkida sellest, kas patsienti tõestatakse voodis istuvasse asendisse või suudab ta seda ise teha? Või kas on keelatud kirjeldada, kas patsient suudab ise süüa või teda toidetakse? Või kas ta suudab ise tualetis käia? Kas see on nii konfidentsiaalne info? Seda on ju sotsiaaltöötajail vaja, et edasisi otsuseid teha. Sotsiaaltöötajad ei kasuta abivajaja kohta käivat teavet isikliku huvi pärast, vaid selleks, et inimest võimalikult hästi aidata.

## LEA KÕRE

- Töötab 2013. aastast Lääne-Tallinna keskhaigla õendusabikliniku sotsiaaltöötajana.
- Pälvis 2023. aastal ESTA tunnustussüritusel aasta sotsiaaltöötaja tiitli.
- Varem on töötanud Tallinna vaimse tervise keskuse tegevusjuhendajana ning Lääne-Harju Invaühingu tegevjuhina.
- Lõpetanud Tallinna ülikooli sotsiaalpedagoogika ja lastekaitse magistriõppe *cum laude*, sotsiaaltöö eriala Tallinna pedagoogilises seminaris ning kristliku hingeabi kursuse ja eakate vaimse tervise kursuse Soomes.

### Kas üks lahendus võiks olla sotsiaal- ja tervishoiutöötajate ühine infoväli, mida tegelikult enne koroonapandeemiat hakati välja arendama?

Jah, ühist andmeruumi oleks vaja. Näiteks kas või ödede päevikud inimese ööpäevase olukorra ja toimetuleku kohta, tegevusterapeudi kirjeldused, füsioterapeudi hindamine, ka sotsiaaltöötaja osa – seal ei ole niivõrd kriitilised isikuandmed. Need on vaid praegused mõtted.

Tsiteerin: „Patsient rahuliku olekuga, kurdab, et on väga igav. Liigub osakonnas, vaatab TV-d.“ – „Üldseisund rahuldav, aktiivne, esinevad tugevad mäluhäired, ravimid antud.“

Kas need andmed ei võiks olla ühised? Tegelema peaks ka hindamisinstrumentide kohandamisega. Tallinna hooldereformi küsimustik on 20 lehekülge pikk. Seal võidakse küsida, kas inimesel on puue, aga meil pole seda infot. Või küsitakse hobide ja huvide kohta. Meil on siin täiesti voodihaiged kõneraskustega inimesi, kuidas ma nende huvid välja peaksin selgitama? Need küsimused ei sobi meie sihtrühmale. Varem oli aastast 2006 kolmeleheküljeline küsimustik, mis oli palju informatiivsem.

Töövõime hindamiseks kirjutan töötukassale 90 lehekülge sellest, et patsient on

desorienteeritud. Teave, et inimene ei saa oma elu korraldamisega hakkama, mahuks ära poolele lehele. Mäluhäiretega inimestele peaks üldse teistsugune küsimustik olema.

Ma tajun kokkuvõttes tagasiminekut valdkondade integratsioonis. Võib-olla üleüldine olukord maailmas tingib rabelemist ja hirmu. Muuta oleks väga palju. Bürookraatiat ongi arvatavasti liialt, sest puuduvad ühtsed süsteemid.

Meie maja patsiendid ei saa sealjuures ühegi taotluse vormistamisega ise hakkama. Kui nad seda suudaksid, ei oleks nad siin.

### Kas võiksite välja tuua ka midagi, mis teid rõõmustab?

Mul on aastatega tekkinud väga head koostööpartnerid mitmes omavalitsuses, kellega saab vahel lihtsalt aega võttes ühiselt erinevatel teemadel arutada, üksteist toetada ja ka jagada humoorikaid seiku elust. Aitäh teile!

Suur rõõm on ka patsientidelt tänulikku tagasisidet saada.

*Lea loeb intervjuu lõpetuseks ette patsiendilt laekunud e-kirja: „Avaldan teile suurt tänu abi eest, mida osutasite mu mehe puude-toetuse taotluse täitmisel. Panen teile väga kõrge hinde operatiivsuse, professionaalsuse ja tähelepanu eest.“*



Foto: Kristina Traks

## SA Viljandi haigla hoolekandekeskuse juht Kairi Nool: „Kõigil peab olema hea!”



**Kristina Traks**  
ajakirjanik

Sotsiaalvaldkonna tunnustusüritusel 2023. aasta kevadel valiti SA Viljandi haigla hoolekandekeskus aasta parimaks asutuseks ja selle juhataja **Kairi Nool** parimaks asutusejuhiks. Ajakiri Sotsiaaltöö käis uurimas, kuidas sotsiaalvaldkonna parimas asutuses toimetatakse.

Viljandi külje all Jämej alas on vaimse tervise küsimustega tegeletud juba kaugelt üle sajandi. Aastal 1897 avati siin langetõbiste ning nõdrameelsete ravi- ja hoolekandeaustus. Asutamisaastal oli Jämej ala haiglas kaheksa patsienti. Ajapikku suurenes hoolealuste arv ja haiglat laiendati uute hoone- tega. Eesti riigi okupeerimise eel oli haiglas juba 300 voodikohta, 1990. aastate alguses koguni 760.

---

### Minu esimene põhimõte on, et meil on nulltolerants vägivallale.

---

Nüüd moodustavad Jämej ala pargis tegutsevad ravi- ja hoolekandeaustused vaimse tervise küla, mille üks liige on Viljandi haigla hoolekandekeskus. Selle viies üksuses on 164 kohta. Üldhooldusel on 54 eakat, kelle elupaik on unikaalne ringikujuline maja, mis rajatud just nende vajadusi arvestades. Nimelt on Viljandi hoolekandekeskus keskendunud dementsusega inimeste hooldamisele ja neil on ringikujulises hoones kergem orienteeruda: pikkades koridorides ekslemise asemel kõnnid ringi ära ja jõuad jälle oma tuppa tagasi. Teadaolevat teist sellise lahendusega kodu dementsusega inimestele Eestis pole.

Kõige uuem on kohtumäärusega kohaldatav erihoolekande teenus, mida osutatakse keskuses 30 kliendile kolmandat aastat. Lisaks on kaks maja ebastabiilse remissiooniga klientide jaoks, keda on 60. Hoolekandekeskuses on 87 töötajat.

Kairi Nool on lõpetanud Tartu ülikooli sotsiaaltöö ja sotsiaalpoliitika magistri- kraadiga ja tal on ka perekonna psühhoterapeudi kutse. Ta on töötanud 2017. aastast SA Viljandi haiglas sotsiaaltöö juhina, olles kaasatud projektis PAIK, hoolekandekeskust juhivad alates 2020. aastast.

### Olete Viljandi haigla hoolekandekeskust juhtinud vaid kolm aastat. Kui palju on siin asjad selle aja jooksul muutunud?

Usun, et väga palju. Oleme asju muutnud põhimõtteliselt ja selle käigus pidanud ka suurele hulgale töötajatele „head aega“ ütleva. Minu esimene põhimõte on, et meil on nulltolerants vägivallale. See ei saa siin teisiti olla, sest vastutame väga habraste inimeste eest, olgu nad eakad või psüühikahäirega. Nad vajavad turvalisust ja seda me pakume.

Oleme sõnastanud oma tegevuse eesmärgid, mida varem praegusel kujul ei olnud. (Kairi Noole selja taga seinal on kirjas hoolekandekeskuse tegutsemise eesmärk: „Tahame pakkuda maailma parimat eestikeelset inimväärikust toetavat ja säilitavat teenust.“ – KT). Jah, see on väga ambitsioonikas eesmärk, kuid selle poole me liigume.

Töötajate kaasatus on oluliselt suurenenud. Minu arvates teisiti ei saakski, sest nemad teevad ju igapäevaseid otsuseid. Neil on sõnaõigus. Ma ei saa ju otsustada, kes millises ruumis kellegagi koos elab, vaid seda peavad otsustama inimesed, kes iga päev koos klientidega töötavad. Üks esimesi muutusi meil oli see, et asutuse juht ei ole jumal, vaid töötajate tugi.

Uus on ka, et iga kahe nädala tagant räägime pikkadel koosolekutel läbi kõik probleemid: päevakavad, rasked juhtumid, kuidas töötajate käitumine võib mõjuda klientide käitumisele, millised on abistamisviisid, millist koostööd saame teha psühhiaatriakliinikuga. Meie töötajad on põhjaliku ettevalmistusega ja peavad hakkama saama raskete klientidega. Alati ei pruugi piisata 260-tunnisest tegevusjuhendaja koolitusest. Näiteks on sul inimene, kes ei taha rohtu võtta: tal on võib-olla kümneid viise, kuidas sellest kõrvale hiilida ja meie peame need nipped kõik läbi nägema.

Oleme muutnud tegevusplaane. Lisasime inimesekeskust ja kaasasime ka eestkostjad, kes samuti abistavad iga plaani koostamisel. See on täiesti personaalne töö.

Sõnastasime väärtustena aususe, usalduse ja konfidentsiaalsuse. Töötajaid koolitame väga palju ja pidevalt, sest nende oskused on keskne küsimus. Sul võivad olla parimad igapäevased tarvikud, aga kui töötajatel on puudujäägid suhtlemises või viisakuses, siis paremad vahendid ei loe.

Minu kõige suurem soov on töötada nii, et kõigil oleks siin hea, nii meie klientidel kui ka töötajatel. See ongi inimesekeskus ja leian, et meie alal selleta ei saa.

**Teil on töötajatele suured nõudmised, kuid ütlesite, et olete viimasel ajal neid palju välja vahetanud. Kui keeruline on leida häid uusi töötajaid?**

Kui alguses teatasin, et meil on nulltolerants vägivallale, siis öeldi mulle, et me ei saa kedagi ära saata, sest meil ei ole inimesi asemele võtta. Mina väitsin, et saab küll, me ei hoi a siin neid, kes meie kliente ei väärtusta. Oleme pigem ilma. Selgunud on, et tegelikult leiame inimesi küll. Näiteks on meil kujunenud väga tore koostöö Tartu ülikooli psühholoogiaosakonnaga, kelle viis-kuus tudengit on meie juures tööl. Tudengitele on siin töötamine suurepärase ettevalmistus eelseisvaks psühholoogitööks.

---

**Tahame enam kaasata kogukonda, et meie kliendid saaksid rohkem iseseisvuda.**

---

Tartust käib Viljandi haiglasse igal hommikul töötajate buss ja tööpäeva lõpul sõidab tagasi. Ka mina käin Tartust Viljandisse tööle iga päev juba kuus aastat. Meie juurde tahetakse tööle tulla. Arvan, et nendele,

kellele meeldib psüühikahäiretega inimesega töötada, on meie juures väga head võimalused ja tingimused selleks tööks.

**Asute Viljandi psühhiaatrikliiniku külje all. Kui palju ja mis kujul hoolekandekeskus naabritega koostööd teeb?**

Psühhiaatrikliinikuga on meil tihedad koostöösuhted. Kliinikus käivad meie kliendid ambulatoorsel vastuvõtul. Igal majal on oma konsultandist psühhiaater, kellega majas töötav õde saab vajadusel nõu pidada. Lisaks on meil igakuised juhtumiarutelud kliinikuga. Samuti on psühhiaatrikliiniku töötajad koolitanud meie töötajaid, et nad tuleksid toime psüühikahäiretega klientidega ja oskaksid ennetada verbaalset ning füüsilist agressiooni.

Ka mälukliinikuga teeme koostööd, kuid see on praegu väikeste sammude etapis. Meil on dementsusega kliendid, mälukliinik tegeleb diagnostikaga, seega on koostöökohtad koolitused ja nõustamised.

**Hoolekandekeskuses elatakse sageli aastaid. Kuidas on sisustatud klientide aeg? Millega nad siin tegelevad?**

Meil toimub palju üritusi ja just käesoleval aastal oleme pannud rõhku traditsioonide kujundamisele. Hiljuti lõppes Jämejala festival, juba teine. See on viiepäevane üritus, mida korraldame koos Viljandi psühhiaatrikliinikuga. Hoolealuseid on meil kokku 300–400 ringis ehk festival on rahvarohke. Terve nädal on sisustatud tegevusvõimaluste ja võistlustega. Seda nädalat oodatakse väga. Näiteks oli meil võileivatordi valmistamise võistlus. Samuti on memmedel-taatidel oma võistlused ja jõukohane tegevus.

Minu teada ei toimunud siin varem ka eakate perepäevi, kuid nüüd me neid korraldame. Erihoolduse klientidega teeme suve alguse pidusid, kus näiteks ka koos kokkame. Aga meil on olnud siin ka tõeline

kantripidu ühes loomadega, kellega inimesed said vahetult suhelda.

Käiakse ka majast väljas ringides, näiteks saviringis. Igal neljapäeval aga valmistavad erihoolduse kliendid endale ise toidu. Alguses oli neile keeruline seda mõtet maha müüa, sest üks nad ole harjunud, et toit tuuakse, kuid nüüd nad lausa ootavad neljapäevi. Eelmisel sügisel viisime umbes 90 klienti teatrisse.

Meil on siin toredad inimesed – kogukond, keda me ei peida. Eesmärk on olla klientidega päevast päeva ühenduses.

### **Kuulan teid ja mulle tundub, et olete hinnaga väga oma töö küljes. Mis on selle töö juures kõige toredam?**

Kõige toredam on, kui kliendid juba kaugelt tervituseks hõikavad ja lehvitavad ning on rõõmsad. Või siis, kui näen, kui väga nad ootavad uusi sündmusi või tegevusi.

---

### **Kui kogu aeg näed ainult seda, mis on halvasti, siis sa ei märka, kuidas mõni teine asi võib vähehaaval paremaks minna.**

---

Alati rõõmustan, kui töötajad julgevad avatult suhelda. Jah, mulle sobib, kui nad vaidlevadki mõnes asjas vastu ja julgevad küsida selgitusi, selle asemel et vaikselt noogutada ja hakata hiljem selja taga rääkima. Kui tööd alustasin, siis ruumi sisenedes jäid inimesed vait ja võtsid justkui valvelseisaku. Nüüd suhtlevad nad rõõmsalt, tõkkeid ei ole enam. Eks selle kõige tunnistus ole ka asjaolu, et suhtlemise tõrkeid jääb meil aina vähemaks.

### **Millised on hoolekandekeskuse lähiaja arenguplaanid?**

Jätkame seniste asjadega. Tahame enam kaasata kogukonda, et meie kliendid saaksid

rohkem iseseisvuda. Üks meie klientidest alustaski õpinguid kutsehariduskeskuses. Pakume siin ka karjäärinõustamist ja eesmärk on ikkagi, et nad tuleksid võrdlemisi iseseisvalt toime.

Jah, tõsi, meil on neid, kes on siin elanud juba kümneid aastaid ja kardan, et nemad tõesti siit ei lahku, sest vajavad abi ja tuge. Just ravimite võtmisel on abi ja meeldetuletus oluline, sest mingil hetkel hakkavad nad end ju hästi tundma ega taha enam ravimit võtta, kuid siis tuleb tagasilangus. Meie eesmärk on valmistada kliendid nii palju ette, et nad suudaks võimalikult iseseisvalt hakkama saada.

Kõige raskem osa meie tööst on ehk see, et meie juures ollakse kaua. Üks härrasmees teatas alles hiljuti, et tal sai täis üheksa aastat. Sageli nad räägivad, et soovivad ära minna, kuid see on väga tihti lihtsalt üks suur igatus ja tegelikult nad kardavad äraminemist. Üldjoontes kliendid väga ei taha ära minna, sest siin on kindel ja turvaline rahupaik.

### **Millist nõu annate töötajatele, et nad läbi ei põleks? Kuidas te end ise hoiate?**

Õnneks julgevad töötajad juba rääkida, kui neil hakkab tööpinge tekkima. Aga esimene soovitus on, et tehke seda, mida armastate. Loodan, et nad kõik oma tööd ikkagi armastavad. Meil on siin ka mõni inimene, kellele varem meeldis poriseda, aga nüüd on kuidagi rõõmsam ja helgem. Meie alal on hästi oluline märgata muutust, ükskõik kui pisikeste samudega see toimub. Kui kogu aeg näed ainult seda, mis on halvasti, siis sa ei märka, kuidas mõni teine asi võib vähehaaval paremaks minna. Tuletan tihti inimestele meelde, et nad märkaksid, mis on läinud paremaks.

Aga kui on tõesti olukord, et inimene on läbi põlemas, et siis pole muud, kui soe soovitus võtta puhkus ja käia väljas liikumas.

Minu laual on pidevalt probleemid. Hoolekandekeskuses alustades oli väga

raske aeg: uue teenuse väljatöötamine, inimeste tundmaõppimine, töötajate leidmine, ühe maja kolimine ja igapäevased küsimused. Tulin siia ikka väga hoogsalt maailma parandama ja lõpuks olin üsna lähedal läbipõlemisele. Sõitsin kolmeks nädalaks maailma teise otsa öele külla. Sellel alal tuleb lihtsalt leppida, et mõnikord on asjad nii, nagu need on. Suhtlemistöö ei lõpe kunagi.

Minu igapäevane teraapia aga on lugemine ja muusika. Loen väga palju ilukirjandust. Olen iganädalane raamatukogu külastaja. Hommikuti enne tööesõitu teen viie- kuni seitsmekilomeetrise jooksuringi, iga nädal kokkan koos lastega ja suhtlen sõpradega. Ja lihtsalt puhkan, ei mõtle tööle igal vabal hetkel.

### Mida pälvitud tunnustus teie jaoks tähendab?

See oli sõna otseses mõttes šokeeriv! Mul on ju nii palju plaane ja olen alles pooltel teel või isegi mitte seal. Palju on tegemata ja juba tunnustatakse, natuke on see isegi hirmutav. Aga loomulikult olen väga uhke, et keegi on meid märganud. Kiitust on küllalt raske vastu võtta, sest ega ju mõtle asju tehes, et äkki tuleb tunnustus.

Proovime ka oma töötajaid tunnustada ja katsetame kõige paremini toimivaid meetodeid. Kusjuures see on päris raske töö, sest inimesed ei taha nagu tunnustust vastu võtta. Eelmisel aastal tegime nii, et iga töötaja ütles oma kolleegi kohta midagi ilusat ja jõululõuna ajal jagasime need teated inimestele kätte. See oli tõesti väga südantsoojendav.

Töötajad on küll seni olnud lojaalsed, kuid et järjepidevust hoida, tuleb nende eest hästi hoolitseda. Võib-olla senise töö üks tähtsamaid ülesandeid ongi olnud töötajate hoidmine, motiveerimine ja jätkama innustamine. Näiteks koroonaaeg oli meile väga raske. Meil oli 15 koroonakolde perioodi, neist esimene kõige keerulisem. Siis ei olnud veel vaktsiine, põdemine raske ja teadmatuse hirmutav. Õnneks on meil haigla kõrval, sealt saime palju abi ja juhendamist ning aidati ka hirmu maha võtta. Meie töötajad olid kogu koroonaaaja erakordselt tublid, sisuliselt terve aasta hoidusid nad meie hoolealuste pärast üritustel käimisest.


### Milline on kõige veidram kaebus, mille olete saanud?

Pean ütlema, et siia tööle asudes oli palju kaebusi. Kaevati suhtlemise ja suhtlemis- oskuste üle või et toit ei maitse. Kusjuures kõik kaebasid: töötajad, lähedased, kliendid. Nüüd ei ole enam kaebusi nii palju ja pigem on kaebus harv juhtum.

---

Asutuse juhi üks tähtsamaid ülesandeid on töötajate hoidmine, motiveerimine ja jätkama innustamine.

---

Kõige veidram kaebus, mille olen saanud, on aga see, et me hooldame lähedast nii hästi, et ta ei kavatsegi siit lahkuda. Olime selle kaebuse üle väga uhked, sest mida muud sellise tagasisidega ikka teha, kui tunda rõõmu. 

Anu Õun

sotsiaalministeeriumi hoolekande osakonna peaspetsialist

# Hoolduskoordinatsiooni projektis jätkatakse maakondlike võrgustikega

Koostööd sotsiaal- ja tervisevaldkonnas peetakse tähtsaks ja selle nimel ollakse valmis pingutama. Järgmisel kahel aastal jätkatakse inimkeskse koordinatsioonimudeli katseprojektiga, mis tugevdab keerulise abivajadusega inimeste heaks tegutsevaid võrgustikke.

Sotsiaal- ja tervisevaldkonna koostöö vajadusest on räägitud juba kaua ning selle käivitumist on toetatud hoolduskoordinatsiooni projekti, projektiga PAIK, insuldi juhtprojekti ja teiste projektidega. Mõlemas valdkonnas on aru saadud, et kooskõlastatud tegevus on tähtis ja ollakse valmis selle nimel pingutama. Võttes arvesse Eesti väik-sust nii pindala kui ka rahvaarvu poolest, peaks kokkulepete saavutamine ja koostöö korraldamine olema lihtne ning kiire, kuid ometi see nii ei ole. Põhilised takistused on teada, kuid ometi pole veel suudetud välja töötada ühtset korraldusmudelit, mille alusel sotsiaal- ja tervishoiuasutused riigis koostööd teevad.

Pikaajalise hoolduse valdkonnas on inimkeskset hoolekande- ja tervishoiu-süsteemi koordinatsioonimudelit katsetatud juba mitu aastat, seda on proovinud üheksa maakonna omavalitsused. Maakondlikku

koordinatsioonimudelit on seni rakenda-tud Saaremaal, Raplamaal ja Valgamaal. Sel sügisel on avatud projekti viimane taotlusvoor, mille eesmärk on innustada ka teisi projektis varem osalenud omavalitsusi laiendama võrgustikke ja rakendama maa-kondlikku koordinatsioonimudelit.

## Projekti taust ja eesmärgid

Detsembris 2015 moodustas valitsus hool-duskoormuse vähendamise rakkerühma, mille ülesanne oli saada ülevaade lähedaste hooldamisega hõivatud inimeste problee-midest ja töötada välja vajadustest lähtuvad lahendused. Rakkerühma tööd koordineeris riigikantselei ja selles osalesid paljud riigi-asutused, kohalike omavalitsuste (KOV) esindajad, sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna teenuseosutajad, teenust vajavate inimeste ja nende lähedaste esindajad. Novembris 2017 esitas rakkerühm Eesti pikaajalise



hoolduse süsteemi tõhustamise ja pere-liikmete hoolduskoormuse vähendamise poliitikasuunised. Ühe olulise suunana toodi välja sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna parema lõimituse vajadus pikaajalise hoolduse pakkumisel. Selle üks osa on hoolduse inimkeskne koordineerimine ehk selline korraldus, kus eri valdkondade teenuseid osutatakse inimese vajaduste alusel kooskõlastatult ja võrgustikul on koordinaator, kes inimest sellel teekonnal toetab ning suunab. Võrgustikku kuuluvatel asutustel on selge rollijaotus ja info vahetamise kord.

Koordinatsioonimudeli abil on võimalik pakkuda abivajadusega inimestele nende vajadustele vastavat abi võimalikult vara, vähendada lähedaste hoolduskoormust ja lihtsustada asjaajamist. Tänu sellele tuleb abivajaja kodus kauem toime. Samuti saab koordineeritud tegevuse käigus koguda infot valdkondlike puuduste (nt teenuskohade puudumine, ebapiisavad mahud, järjekorrad teenustele) ja toimivate lahenduste kohta.

### Mudeli katsetamine

Esimene hoolduskoordinatsiooni mudeli katsetamise projekt viidi ellu aastatel 2018 ja 2019 ning selles osales kuus piirkonda. Aastatel 2020–2023 oli veel kaks projekti-vooru, millest viimases oli kaheksa osalejat. Kõigis kolmes voorus on osalenud Rakvere linn, Saaremaa vald ja Tartu linn.

Projektides osalemine on andnud igale piirkondlikule meeskonnale võimaluse kujundada võrgustikutööd paindlikult just neile sobiva mudeli alusel. Näiteks Raplamaale töötati aastate 2020–2021 voorus välja sobiv mudel koostöös Civitta Eestiga. Töö käigus koguti infot sotsiaal- ja tervishoiuteenustest ning nendega seotud probleemidest, koostati 14 näidisjuhtumit ja seitse klienditeekonda. Lisaks tehti kindlaks Raplamaa tervise- ja sotsiaalsüsteemi

peamised kitsaskohad ning pandi paika tulevikuvaade aastaks 2025. Järgmises voorus mudelit katsetati ning Rapla perearstikeskuse juurde võeti tööle hoolduskoordinaator.

---

Projekti eesmärk on pakkuda kompleksse abivajadusega inimestele õigeaegset ja nende vajadustele vastavat abi ning toetada toimetulekut võimalikult kaua kodus.

---

Piirkondlikud võrgustikud on kasvanud eri kiirusega, kuid eesmärk on kaasata võimalikult palju osalisi. Tähtis on, et piirkondlikus võrgustikutöös osaleksid kõik hoolekande ja tervishoiusüsteemi, aga ka külgnevate valdkondade (töötukassa, PPA, päästeamet jt) olulised partnerid, sest see on tulemusliku koordineerimise alus. Projekti eesmärk on pakkuda kompleksse abivajadusega inimestele ehk neile, kellel on abivajadus mitmes valdkonnas, kuid peamiselt tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonnas, õigeaegset ja nende vajadustele vastavat abi ning toetada toimetulekut võimalikult kaua kodus. Toimiva võrgustikutöö tulemusel väheneb kompleksse abivajadusega inimeste ja nende lähedaste koormus asjaajamisel sotsiaalhoolekande- ja tervishoiuvaldkonnas.

Projekti kaudu saab toetada kompleksse abivajadusega inimesi, kes vajavad eri valdkondade, peamiselt tervishoiu ja hoolekande abi. Tihti on abivajajateks püsiva haiguse ja hooldusvajadusega inimesed. Koordineeritud juhtumitöö eesmärk on abivajadusega inimese ja tema perekonna asjaajamisega seotud koormus osaliselt üle võtta.

Inimesele korraldatakse tema vajadustele vastav tervikhindamine, koostakse juhtumiplaan ja leitakse sobivad toetused ja teenused. Juhtumiplaani elluviimist seiratakse

kavakindlalt, vajaduse korral kohtuvad asjaomased spetsialistid omavahel, et juhtumit arutada. Kogu tegevust juhivad piirkondlik koordinaator, kes on nii inimesele kui ka võrgustiku spetsialistidele esmane kontaktisik. Projekti osa on ka projekti juhtühma moodustamine ja piirkondliku võrgustiku kujundamine ning tööhoidmine, sh piirkondliku võrgustiku liikmete kohtumised.

Projekti tegevuse väljundnäitajad on kõigile olnud samad ning toetavad eesmärki koguda infot vajakajäämistele kohta sotsiaal- ja tervishoiuteenuste osutamisel ning toimiva praktika kohta.

## Projekti käigus selgunud tõsiasjad

### Võrgustikutöö tähtsus

Eesmärgipärast ja järjepidevat võrgustikutööd on vaja juhtida. Head koostöösuhet ja kindlad kokkulepped aitavad ka keerulistes olukordades (näiteks COVID-19 kriisi või Ukraina sõda) teha eesmärgistatud ja koordineeritud tööd. Võrgustikutöö juhtimine peab olema piirkonnas selgelt kokku lepitud, rollid jaotatud ja sisuline eestvedaja määratud.

Tähtis on, et piirkondlikus võrgustikutöös osaleksid kõik hoolekande ja tervishoiusüsteemi, aga ka külgnevate valdkondade olulised partnerid.

Osalejad on välja toonud, et kõige tulemuslikum on koostöö erinevate partneritega siis, kui on loodud isiklik kontakt. Kahetsusväärsed on olukorrad, kui inimesed ametikohtadel vahetuvad ja seetõttu ka organisatsioonide senini hästi toimunud koostöösuhet katkevad. Sellegipoolest on oluline, et iga organisatsioon ehk võrgustiku

osaline seisaks selle eest, et koostöö piirkonnas toimiks.

### Suure ning pikaajalise abi- ja toetusvajadusega inimesed

Alkoholisõltuvusega, psüühikahäirega ja dementsusega inimeste juhtumid on sageli keerulised, sest neile pakutavad teenused ei ole neile sobivad või kättesaadavad.

Osalejad on välja toonud, et muret teevad juhtumid, kui on vaja kiiresti sekkuda. Tervishoiu probleem on pikad ootejärjekorrad: mitme kuu pärast, kui vastuvõtu-aeg kätte jõuab, ei pruugi klient enam olla koostööks valmis või kaob tal motivatsioon oma olukorda parandada.

### Koostöö perearstidega

Paljud perearstid on hõivatud ega tule kohtumistele. Nad ei ole projektides osalemisest huvitatud, sest see nõuab aega. Perearste on väga tähtis kaasata, kuid tuleb tunnistada, et peamiselt suheldakse õdedega, kes pakiliste küsimuste korral reageerivad kiiremini.

### Hoolduskoordinaator

Koordinaator on eri valdkondade oluline vahelüli. Kõige tulemuslikum on, kui ta töötab osaliselt või täielikult tervisekeskuses, perearstikeskuses või haiglas, et oleks kontakt ka tervishoiutöötajatega. Ka on tähtis, et ta töötaks täiskohaga koordinaatorina, mitte põhitöö kõrvalt. Hoolduskoordinaator töötab kompleksse ja pikaajalise abivajadusega inimestega, kellele tuleb algatada juhtumimenetlus ning juhtumi lahendamisel lähtuda juhtumikorraldusliku töö põhimõtetest.

### Andmevahetus

Valdkondade andmete ja info vahetamisel on puudusi ja need takistavad lõimitud teenuste osutamist. Andmete jagamise teeb

täna keeruliseks see, et andmete kvaliteet erinevates registrites varieerub väga palju. Integreerimine on keeruline nii andmekaitse vaatest kui ka pidades silmas suuri erisusi erinevate süsteemide vahel.

### Piirkond

Kui võrgustikku ei ole kaasatud kogu maakond, võivad koordineerimispiirkonnast välja jäävad inimesed abita jääda.

## Projektide rakendajate tagasiside

Aastate 2022–2023 vóorus võeti töösse kokku 133 juhtumit. Kõige rohkem abivajajaid oli eakate hulgas, naisi oli rohkem kui mehi. Suurimate abivajajate rühmadena võib välja tuua veel pikaajalised töötud, sõltuvushäirega, krooniliste haiguste ja psüühikahäiretega inimesed. Järgnevalt mõned väljavõtted projektis 2022. ja 2023. aastal osalenute aruannetest.

- **Rapla maakonnale** on olnud projektis osalemine väga tähtis ja tulemuslik. Projekti meeskonna liikmed kirjutasid: „Oleme tõestanud, et eeskätt peremeditsiini süsteemi juures on ülivajalik hoolduskoordinaatori ametikoht. Oleme saanud kokku tuua erinevaid sotsiaal- ja tervishoiuvõrgustikke, mis oli siiani väga suur murekoht, sest pärast maavalitsuste kaotamist on jäänud need sektorid ka maakondlikust vaateväljast kaugele ja võrgustikud lagunened. Kõik projektis planeeritu on saavutatud. Soovime jätkata projektiga, et arendada hoolduskoordinaatori kogu maakonnas (kõigis omavalitsustes) ning toetada võrgustikke nii, et need tegutseksid iseseisvalt ja oleksid jätkusuutlikud edaspidi.“
- **Saaremaa** projektimeeskond tõi välja, et koostöömudeli põhjal võrgustikutöö jätkamine toimis väga hästi. Hoolduskoordinaatoril oli väga hea ja tihe

side nii meditsiini kui ka sotsiaalvaldkonnaga. Tema kabineti asukoht Kuressaare perearstikeskuse juures toetas väga tema head kontakti perearstidega. Tema juurde suunasid perearstid kliente, kel oli vaja lahendada sotsiaalvaldkonnaga seotud probleeme.

Keerulisem oli kontakti saavutada teiste perearstidega. Koostööle tuldi vaid isiklike kontaktide loomise kaudu. Projekti abil ja toel lahendati Kuressaare haigla palliatiivravi osakonna moodustamine ja Ruhnusse pereõe töökoha loomine. Tagasiside projektis osalenud partneritelt on olnud positiivne, sest projekt andis juurde inimesi keeruliste juhtumite lahendamiseks ja erinevate võrgustike kohtumisteks.

- **Rakvere linn** osales projektis koos Järva vallaga ja nad tõid välja, et koordineerimisprojekti mure oli tulevikuvaade. Projekti algusest kõlama jäänud soov jätkata ja segadus projekti jätkumises tekitasid ebakindlust. Projektid on head asjad, et arendada, ja suund on õige, kuid selgusetus tekitab jällegi pingeid ja segadust.

---

Maapiirkonnas toimib pigem piirkonna sotsiaaltöötajate ja perearstide koostöö, linnas jällegi koordinaatori ja perearstide koostöö.

---

Suurem rõhk tuleb panna koordineerimisele, koostöökokkulepetele ja võrgustikutööle. Sama erinevust märgati ka hoolduskoordinaatori rollis. Kui on üks peamine perearstikeskus, siis on koordinaatoril kergem teha koostööd kõigi perearstidega.

Järva vallas on mitu perearsti ja nemad kippusid koostööd tegema oma piirkonna sotsiaaltöötajaga, sest nii liikus info kõige kiiremini. Koordineerimisel ja kahe valdkonna koostöös on oluline märgata

piirkonna eripärasid. Maapiirkonnas toimib pigem piirkonna sotsiaaltöötajate ja perearstide koostöö, linnas jällegi koordinaatori ja perearstide koostöö.

Koostööd ja võrgustikutööd võiks toetada, kui jagada ära tööpiirkonnad ühes asukohas, et kõik saaksid aru, kuidas koostöö toimub ja kes on tema peamine kontakt. Rakvere linna eesmärk oli jätkata koostööd nii, et koordinaator käib üks-kaks korda kuus perearstikeskuses. Niimoodi toimis koostöö kõige paremini.

- **Harjumaal** on seni koordinaatsioonimudelit katsetatud vaid Tallinna Haabersti ja Lasnamäe linnaosas. Mitme projekti-perioodi tulemusena on selgunud, et Tallinnale ja Harjumaale pole katsetatud toetustingimustele vastavad mudelid sobinud. Võttes arvesse, et Tallinn on jagatud kaheksaks linnaosaks ja Harjumaal elab pool Eesti elanikkonda, otsitakse sellele piirkonnale sobivat lahendust.

- **Valgamaa** perearstid kirjutasid projekti aruandes: „Hea projekt on ellu kutsutud, veel parem oleks, kui perearstidel jätkuks motivatsiooni ja häid spetsialiste, kes tahavad eakate elukvaliteeti panustada.“

Kohalike omavalitsuste esindajad pidasid projekti seevastu heaks võimaluseks, et arutada suuremas ringis sotsiaalprobleeme ja teha tulevikuplaane. Kliendid kirjutasid: „Hea on ühele kindlale inimesele oma murest rääkida, mitte mööda erinevaid asutusi käia.“ – „Teil oli aega mind kuulata.“

### Projekti viimane taotlusvoor

Sotsiaalministeeriumi ja riigi tugiteenuste keskuse (RTK) taotlusvoor „Inimkeskse

hoolekande- ja tervishoiusüsteemi koordinaatsioonimudeli jätkurakendamine“ on avatud kuni 2023. aasta 31. detsembrini. Taotleja või tema partner peab olema varem saanud toetust inimkeskse sotsiaalhoolekande- ja tervishoiusüsteemi koordinaatsioonimudeli rakendamiseks ehk eeldus on, et mudel piirkonnas juba toimib. Toetuse maksimaalne summa taotluse kohta on kuni 219 113 eurot ja projekti kestus 24 kuud. Toetuse abil saab maakonnapõhist koordinaatsioonimudelit töös hoida ja edasi arendada ning olemasolevat mudelit maakonnapõhiseks laiendada.


---

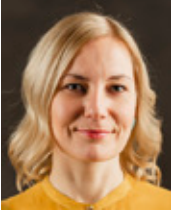
Kui võrgustikku ei ole kaasatud kogu maakond, võivad koordineerimispiirkonnast välja jäävad inimesed abita jääda.

---

Projekti lõpuks peavad olema osapoolte vahel sõlmitud selged kokkulepped ülesannete ja vastutuse jaotusega ning see peab olema ka formaalselt fikseeritud. Kokkulepe peaks tagama mudeli jätkusuutlikkuse ka peale katseprojekti lõppu.

Vooru rahastatakse Euroopa sotsiaalfondi (ESF) toetusel meetmest „Iseseisvat toimetulekut toetavate ja kvaliteetsete sotsiaalteenuste ning hooldusvõimaluste tagamine“.

ESF-i toel on see viimane voor, mis koos eelnevatega annab teadmised ja kogemuse nii koordinaatsioonimudeli raames koostööd tegevatele KOV-idele kui ka sotsiaalministeeriumile valdkondade lõimimise edasiseks edendamiseks. 

**Brit Tammiste***sotsiaalministeeriumi erivajadustega laste poliitika juht*

# Rehabilitatsiooniteenused peaksid olema vajaduse järgi kättesaadavad ja rohkem seotud tervishoiuvaldkonnaga

Praegust rehabilitatsioonisüsteemi on vaja korrastada, et inimesele oleks tema vajadustele vastav kvaliteetne teenus lihtsalt ja loogiliselt kättesaadav, spetsialiste kasutatakse seal, kus sellest kõige rohkem kasu on ning hinnataks ka teenuse tulemuslikkust.

Täna peab terviseseisundist tingitud funktsioneerimisvõime piirangutega inimene orienteeruma süsteemis, kus riik korraldab kaht teenust, mille nimetuses on sõna „rehabilitatsioon“. Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenust (SRT) korraldab sotsiaal-kindlustusamet, tööalast rehabilitatsiooni (TRT) töötukassa. Kummagi rehabilitatsiooniteenuse praegune eesmärk on näha jooniselt lk 20: TRT on suunatud tööalastele, eesmärk on toetada tööelus osalemist, SRT eesmärk on toetada puudega või piiratud töövõimega inimese toimetulekut igapäevaeluga. Mõlemal teenusel on ühised nõuded, missugused spetsialistid peavad ja võivad kuuluda rehabilitatsiooniteenuse meeskonda.

Sotsiaalse rehabilitatsiooni sihtrühmad on järgmised:

- kuni 15-aastased puudega lapsed ja kuni 18-aastased mitmekülgse abivajadusega lapsed, keda on teenusele suunanud kohalik omavalitsus;
- 16-aastased ja vanemad inimesed: puudega, osalise töövõime (kes ei õpi ega tööta ega ole registreeritud töötuna) või puuduva töövõimega tööealised (alates 16. eluaastast kuni pensioniea saabumiseni), kellel on tuvastatud SRT vajadus, sh psüühikahäirega tööealised, ning puudega vanaduspensionialised.

Tööalast rehabilitatsiooni osutatakse puudega, püsiva töövõimetusega või osalise

SRT eesmärk	Rehabilitatsiooniteenuse meeskonnas on vähemalt kolm spetsialisti	TRT eesmärk
<p>Teenust osutatakse vähemalt ühe järgmise eesmärgi täitmiseks:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) igapäevaelu valdkonnas suurendada motiivatsiooni ja valmisolekut jõukohaseks osalemiseks kogukonna tegevustes, arendada kognitiivseid ja füüsilisi võimeid ning õpetada ja arendada igapäevaelu oskusi, mille tulemusena inimene elab võimalikult iseseisvalt;</li> <li>2) õppimise valdkonnas pakkuda õppeprotsessis vajalikku tuge, mille tulemusel inimene omandab võimetekohase hariduse või täiendavad tööks vajalikud oskused;</li> <li>3) suhtlemise ja vaba aja valdkonnas suurendada eneseteadvust, arendada eneseregulatsiooni, suhtlemis- ja koostööoskusi, mille tulemusel inimene osaleb võimetekohaselt ühiskonnaelus;</li> <li>4) <b>töövõime eelduste arendamise valdkonnas arendada isiku valmisolekut võimetekohasele tööle asumiseks.</b> (SHS § 62. Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse vajaduse tuvastamine)</li> </ol>	<p>Arst Õde Sotsiaaltöötaja* Psühholoog Füsioterapeut Logopeed Tegevusterapeut Muusikaterapeut Looverterapeut Eripedagoog</p> <p>Rehabilitatsioonimeeskonda võib kaasata ka kogemusnõustaja** (SHS § 62. Nõuded rehabilitatsioonimeeskonnale)</p> <p>* kohustuslik meeskonna liige ** lisaks kolmele nõutud erinevale spetsialistile</p>	<p>Töölane rehabilitatsioon on isiku tööeluks ettevalmistamiseks, tööle asumiseks või töötamise jätkamiseks osutatav tööturuteenus, mis seisneb sotsiaalhoolekande seaduse § 57 alusel kehtestatud rehabiliteerivates tegevustes. (Tööturuteenuste ja -toetuste seadus § 23<sup>1</sup>)</p> <div data-bbox="870 638 1131 888" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>SHS § 57.</b> Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse raames osutatavate selliste teenuste loetelu ja hinna, mille eest tasu maksmise kohustuse võtab riik üle, kehtestab valdkonna eest vastutav minister määrusega.</p> </div>

**Joonis.** SRT ja TRT eesmärgid praegu kehtivates seadustes ning rehabilitatsioonimeeskonna võimalike spetsialistide loetelu

töövõimega tööealisele inimesele, kes töötab, õpib, on ettevõtja või on töötuna registreeritud. Alates 2024. aastast on uue tööturumeetmete seaduse kohaselt ka puuduva töövõimega töötavatel inimestel võimalik saada TRT-d. Teenuse osutamist jätkatakse töövõime toetamise tööturumeetme osana ja selle korraldus on sätestatud tööhõiveprogrammis aastateks 2024–2029.

## Praeguse korralduse probleemid

Uuringud (nt Tamm jt 2021) on näidanud, et praeguses rehabilitatsioonisüsteemis on inimesel keeruline orienteeruda ja teenused ei ole sageli kooskõlas tegeliku abivajadusega. Õigus sotsiaalse rehabilitatsiooni teenusele ei olene otseselt inimese vajadustest.

Näiteks ei jõua teenusele osa inimesi, kes vajaksid kompleksset rehabiliteerivat sekkumist: lapsed ja täiskasvanud, kellel ei ole puuet, kuid kellel on tegutsemis- ja osaluspiirangud. Selline korraldus võib tingida teenusele jõudmise alles siis, kui abivajadus on süvenenud ja seetõttu on vaja spetsiifilisemaid ning suuremas mahus teenuseid. On oluline, et vajadustele vastavat teenust saaks inimene siis, kui abivajadust märgatakse ja vajadust hinnatakse kokkulepitud alustel, et abivajaduse süvenemist ennetada. Samuti ei ole praeguse teenuse korralduse juures selge, millal peaks inimene teenuselt väljuma.

Teenustena osutatakse ka tervishoiu ja hariduse spetsialistide tugiteenuseid, mistõttu on inimese vaatest ebaselge, mis on SRT ja TRT lisandväärtus.

Mõlema rehabilitatsiooniteenuse eelduseks on kombineeritud kompleksteenuse vajadus – üksikteenuste vajadus peaks saama kaetud muul viisil. Eri spetsialistide teenuste osatähtsus, mida osutatakse sotsiaalse ja tööalase rehabilitatsiooni raames, on siht- ja vanuserühmiti erinev, mida kinnitavad sotsiaalkindlustusameti ja töötukassa 2022. aasta andmed.

- Lastele pakutakse SRT osana teenustundide arvu järgi kõige rohkem eripedagoogi (21%), psühholoogi (19%) ja logopeedi (12%) individuaalteenust.
- Puudega, osalise või puuduva töövõimega psüühikahäirega tööealiste siht- rühmas moodustab peaaegu neljandiku teenustundide mahust psühholoogi individuaalteenus (koos psühholoogi grupiteenusega peaaegu 30%), järgnevad sotsiaaltöötaja (20%) ja tegevusterapeudi (12%) individuaal- ning grupiteenused.
- Puudega, osalise või puuduva töövõimega tööealiste ja vanaduspensionaaliste seas on samuti psühholoogi individuaalteenus kõige rohkem kasutatud SRT-teenus (22% teenustundide mahust).

Arvestades, et 2023. aasta oktoobrist on tervishoiu spetsialistide loetellu lisandunud füsioterapeut, logopeed ja kliiniline psühholoog, on tervishoiuteenuste katus rehabilitatsiooniteenustega kaalukas. Tervishoiuspetsialistid osutavad rehabilitatsiooni osana teenuseid, mida tavapäraselt pakutakse ka tervisekassa rahastatava tervishoiuteenustena. Hariduse tugispetsialistide teenused, nt eripedagoogi teenus, on sellised, mida lastel peaks olema võimalik saada ka haridussüsteemi kaudu. SRT ja TRT osana teenuste osutamine, mis kattuvad tervise- ja haridusvaldkonna teenustega, on ebamõistlik ja vahel dubleeriv vahendite kasutamine ning tekitab

segadust nii teenuse saajate kui ka osutajate hulgas.

Ümberkorraldustega soovitakse samade spetsialistide teenused ka üksikteenustena kättesaadavamaks teha tervise- või haridusvaldkonna ning kohaliku omavalitsuse (KOV) kaudu, et inimeste kompleksse abivajaduse kujunemist või süvenemist ennetada.

Sotsiaalvaldkond ei peaks olemuslikult täitma tervisevaldkonna teenuste ülesandeid ega spetsialistide tööaega kulutama seal, kus eraldi teenuse pakkumise põhjendatus sotsiaalvaldkonna korralduse kaudu puudub.

Väikeses Eestis on oluline suunata kvalifitseeritud spetsialistide tööaeg sinna, kus on inimese abivajaduse süvenemise ennetamine kõige enam võimalik ning teha seda ühtsetel alustel ja standardkvaliteediga teenuseid osutades. Kui inimesel on abi- ja toevajadus, mis ei tulene otseselt tema terviseseisundist ega ole suunatud funktsioneerimisvõime taastamisele või säilitamisele, on omal kohal KOV-i ja muud sotsiaalvaldkonna ning hariduse tugiteenused.

---

### Rehabilitatsiooni osana teenuste osutamine, mis kattuvad tervise- ja haridusvaldkonna teenustega, on ebamõistlik.

---

Tähtis on, et inimene, kellel on terviseseisundist tingitud tegutsemis- ja osaluspiirang, saab tervisevajadusest lähtuvat tuge esmalt tervisevaldkonnast, olenemata sellest, kas tal on tuvastatud puude raskusaste või kas ja milline on tema töövõime hindamise otsus. Lapsele peaksid olema tema igapäevases õpikeskkonnas ennetavalt tagatud ka hariduse tugiteenused. Loodetavasti aitab alushariduses toetavate teenuste valiku

ja mahu rikastamisele ning süsteemsele vajaduspõhisele osutamisele kaasa koostatav alushariduse seaduse eelnõu.

Idealis peaks toimima selline korraldus, et spetsialistid märkavad inimese abivajadust, hindavad seda kokkulepitud kindla metoodika alusel ja suunavad vajaliku teenuseni või osutavad seda ilma, et inimene peaks erinevaid teenuseid eraldi taotlema. Seejuures on oluline, et pakutavad teenused lähtuvad inimese vajadustest, mis on kindlaks tehtud ja dokumenteeritud standardset keelt kasutades (rahvusvahelise funktsioneerimisvõime klassifikatsiooni rakendamise võimalustest loe lähemalt Kairit Viidalepa artiklist, lk 30–34). Kvaliteetsete ja tulemuslike sekkumiste osutamiseks on Eestis vaja luua ja hoida pädevust, et suuta mõtestatult pakkuda tuge kõigile sihtrühmadele.

## Võimalikud muudatused tulevikus

Eespool välja toodud probleemide tõttu on 2023. aasta lõpul ja 2024. aasta alguskuudel ametiasutuste ning huvikaitseorganisatsioonidega kooskõlastamisel sotsiaalministeeriumis koostatud sotsiaalhoolekande seaduse ja teiste seaduste muutmise väljatöötamise kavatsus (VTK). Selle eesmärk on muuta terviseeisundist tuleneva abivajaduse leevendamiseks või seisundi halvenemise ennetamiseks vajalike teenuste osutamine inimesekeskseks ning vähem killustatuks nii, et vajadusele vastavate ja kvaliteetsete teenuste osutamine algatatakse seal, kus inimese abivajadus esmalt tuvastatakse. Üsna sageli on see tervishoiutöötaja ja tervisevaldkond. Ka praeguses süsteemis on inimesel sotsiaalse või tööalase rehabilitatsiooni teenusele jõudmise teekonnal vältimatult vaja kokku puutuda tervishoiuga: terviseandmeteta ei ole võimalik tuvastada puude raskusastet ega hinnata töövõimet.

Ka lastele hariduse tugiteenuste osutamiseks ja haridusliku erivajaduse hindamiseks kasutatakse nende terviseandmeid.

VTK-s pakutud lahendus on inimestele nende vajadustest lähtuvate terviseteenuste ühetaoliselt kättesaadavaks tegemine olenemata süsteemi sisenemise kohast ehk sellest, mis valdkonna spetsialisti juurde nad murega kõigepealt pöörduvad. Neil võimaldatakse kasutada nii praeguseid tervishoiuteenuseid (nt füsioteraapia, psühholoogiline ravi) kui ka tulevikus terviseteenuste loetellu eeldatavalt lisanduvaid teenuseid (loovteraapia, psühholoogiline nõustamine, tugigrupid vms).

VTK näeb ette ka terviseeisundist tulenevate uute sekkumiste arendamist ja rahastamist praegusest rehabilitatsiooniteenuse eelarvest. Kavandatav muudatus on seotud tervishoiuteenuste korraldamise seaduse väljatöötamiskavatsusega (esitatakse kooskõlastamiseks ja arvamuste saamiseks 2023. aasta neljandas kvartalis), mis näeb ette tervishoiuteenuste ehk raviteenuste kõrval teenuspaketi rikastamist terviseteenustega ehk ennetus- ja edendus- ning psühhosotsiaalsete teenustega.

---

Rehabilitatsioonis hõivatud spetsialistide teenused soovitakse teha kättesaadavamaks ka üksikteenustena tervise- või haridusvaldkonna ning kohaliku omavalitsuse kaudu.

---

Rehabilitatsiooniteenuste korraldamise VTK ettepanek näeb ette sotsiaalse rehabilitatsiooni ja tööalase rehabilitatsiooni teenuse praegusel kujul osutamise lõpetamist, sh kehiva korra kehtetuks tunnistamist, ning tööalase rehabilitatsiooni (või edaspidi muu nimetusega teenuse) ümberkorraldamist.



VTK kohaselt pakub töötukassa ka tulevikus tööle aitamise ja tööl jätkamise tuge, dubleerimata tervisevaldkonna teenuseid ning sekkumisi. Täpsemad muudatused töötatakse välja järgnevatel aastatel. Praegused rehabilitatsiooniteenuste osutajad, sh rehabilitatsioonimeeskondade spetsialistid, saavad edaspidi olla inimestele vajaduse järgi teenuse osutajad uutel alustel.

---

VTK näeb ette ka tervise seisundist tulenevate uute sekkumiste arendamist ja rahastamist praegusest rehabilitatsiooniteenuse eelarvest.

---


Uue teenusekorralduse ja rahastamise koosmõjus saab samm-sammult muudatusi kavandades välja arendada kompleksse abivajadusest lähtuva nn taastusabi, arengu ning funktsioneerimisvõime säilitamise toe kõigile selle vajajatele (s.t inimene ei pea siis enam teenuseid ise taotlema, teenuse saamine hakkab sõltuma tema seisundist ja olukorrast, mitte puudest või töövõimest).

Eestis on täna väga häid ja toimivaid rehabilitatsioonimeeskondi. Muudatuste

### Mis on uue süsteemi keskmes?

- Inimese abivajaduse kiire väljaselgitamine ja ligipääs teenusele.
- Seisundit kirjeldavate andmete standardne dokumenteerimine.
- Kvaliteetne standarditud abi individuaalsetest vajadustest lähtudes.
- Tugimeetmete tagamine – rehabiliteerivate sekkumiste arendamine.
- Teenuste tulemuslikkuse hindamine.

kavandamisel peame silmas, et teenuse uus korraldus toetaks nende tööd: võimaldaks keskenduda teenuste sisulisele arendamisele ning vähendaks administratiivset koormust.

Sotsiaal- ja tervisevaldkonna lõimimine on poliitikakujunduse siht, kus rehabilitatsiooniteenuste ümberkorraldamine saab olla üks teerajaja. Lähiaastatel seisab ees samm-sammult muudatuste täpsem kavandamine, arenduste ja muudatuste rakendamine, võttes arvesse teisi tervisevaldkonna arengusuundi ja võimalusi esmatasandi tervishoius ning haiglavõrgu arendamisel. 

### Viidatud allikas

---

Tamm, G., Kostabi, E., Trankmann, S., Remmik, M., ... Espenberg, S. (2021). *Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse tulemuslikkuse hindamise meetodika väljatöötamine ja tulemuslikkuse hindamine Sotsiaalkindlustusametile*. Tartu ülikooli sotsiaalteaduslike rakendusuringute keskus RAKE.

**Siim Espenberg**

Tartu ülikooli sotsiaalteaduslike rakendusuringute keskuse juhataja

# Kuidas jõuaksime järgmisele tasemele tuge vajavate inimeste abistamisel?

## KOKKUVÕTE

Sotsiaalministeerium algatas 2022. aastal projekti „Riskihindamise instrumendi väljatöötamine sotsiaalhoolekandelse abivajadusega inimeste tuvastamiseks”, et uurida, kuidas toetada kohalike omavalitsusi sotsiaalhoolekandelse abivajadusega eakate väljaselgitamisel. Samuti sooviti selle projektiga välja arendada riiklikes registrites olevatel andmetel põhinev algoritmipõhine lahendus, mis aitaks abivajajaid senisest varem ja lihtsamalt üles leida. Tartu ülikooli eestvedamisel analüüsiti, milliseid andmeid ja kuidas tuleb hinnata, arvestades õiguslikke piiranguid. Käsitleti ka teiste riikide sotsiaal- ja tervisevaldkonna riskihindamise vahendeid ja nende kasutamise kogemusi.

Uuringu tulemused näitasid, et algselt plaanitud riskihindamise mudelit pole mõistlik välja arendada, kuna selle praktiline rakendamine ei ole praegu võimalik nii õigusruumi piirangute kui ka andmete kvaliteedi ebaühtluse tõttu. Kokkuvõttes kujunes välja laiem pilt, mida tuleks Eestis teha, et astuda järgmine suur samm sotsiaalhoolekandelist tuge vajavate inimeste abistamisel. Uuringu tulemused on seega valdkondliku poliitika ja õigusruumi kujundamise üks alus.

## MÄRKSÕNAD

**Koostöö, vanemaealised, võrgustikutöö, andmete kvaliteet, andmekogude ühildamine, innovatsioon**

Keskendusime uuringus vanemaealiste hoolekandega seotud asjaoludele, sest eakate arv ja osatähtsus Eesti rahvastikus on suhteliselt kiiresti suurenenud. Demograafilised prognoosid näitavad, et see suundumus

jätkeb ning seega vajavad vanemaealiste hoolekanne ja sellega seotud küsimused üha rohkem riigi ja kohalike omavalitsuste, aga laiemalt meie kõigi tähelepanu. Järjest tähtsam on leida abivajajad võimalikult

varakult, et pakkuda tõhusat abi ja osutada teenuseid, mis hoiavad inimesi ega lase tervise- ja sotsiaalprobleemidel süveneda.

Ka praegu hinnatakse, et paljud eakad, kes tõenäoliselt abi vajavad, ei ole kohalike omavalitsuste sotsiaaltöö vaateväljas. Hädasolijateni jõudmiseks on vaja aktiivsemalt tegutseda, mis eeldab nii vahendeid kui ka selgemat arusaama, millist teavet saab riskirühmadesse kuuluvate eakate välja selgitamiseks kasutada (vt nt Riigikontrolli 2021. aasta audit).

Kuigi vanemaaliste sotsiaalhoolekande ja heaolu küsimused on üha tähtsamad, tooks tõhusama ja parema abi osutamise lahendused, nt andmete parem kvaliteet, tihedam infovahetus ning ladus tervise- ja sotsiaalvaldkonna koostöö kasu mitte ainult eakatele, vaid kõigile Eesti elanikele.

### Andmekogude ühildamine ja parem ligipääs andmetele

Küllap on enamik sotsiaal- või tervishoiutöötajaid oma töös näinud infosüsteemide ja andmetike puudujääke, olgu need seotud funktsionaalsuse, töökindluse, kasutajasõbralikkuse, teiste andmekogudega liidestatuse või millegi muuga. Tõsi aga on seegi, et paljude teiste riikidega võrreldes on meil hulk hästi toimivaid ja kasulikke IT-lahendusi, mis teevad igapäevatöö lihtsamaks. Nendeta oleks keeruline ette kujutada, kuidas kõigi kohustuste ja ülesannetega hakkama saada.

Ilmselt on paljud sotsiaal- ja tervisevaldkonna spetsialistid mõelnud, et küll oleks hea, kui andmekogud oleksid mõistlikult ühendatud ning annaksid ligipääsu kõigile juba kogutud andmetele, mille toel õigel ajal ja tõhusalt abi pakkuda. Eesti on olnud IT-lahenduste poolest maailmas esirinnas, seetõttu on meil neist asjust räägitud juba mitu aastakümnet. Kui tahame jõuda

järgmisele tasemele, tuleb nüüd langetada olulisi otsuseid ja teha märkimisväärseid investeeringuid.

---

Järjest tähtsam on leida abivajajad võimalikult varakult, et pakkuda tõhusat abi ja osutada teenuseid, mis hoiavad inimesi ega lase tervise- ja sotsiaalprobleemidel süveneda.

---

Vaja on välja töötada meie peamiste valdkondlike infosüsteemide (sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregister STAR, uue põlvkonna tervise infosüsteem upTIS, haiglate, kiirabi, politsei- ja piirivalveameti jt andmekogud) andmevahetuse sisuline loogika. See peab lähtuma ühelt poolt sellest, et inimesed saaksid paremat ja õigeaegsemat abi, teiselt poolt sellest, et spetsialistidel oleks oma tööd lihtsam ja tõhusam teha. Seda peab tegema koostöös tervise- ja sotsiaalvaldkonna ekspertide ning praktikutega, kes ühtlasi oleksid loodavate lahenduste kasutajad. Loomulikult peavad olema kaasatud IT-spetsialistid ja ka teised olulised osalised, et lahendused saaksid optimaalsed. Keskkel kohal aga on sotsiaal- ja tervisevaldkonna inimesed, kes peavad uutest arendustest saama käegakatsutavat tuge abivajajate aitamiseks. Seega peab väga hoolikalt läbi mõtlema, mille tegemisest oleks praktilist kasu.

Senisest parem andmekogude liidestamine ja andmete vahetamine peab tooma nii palju kasu, et sellel on märkimisväärne mõju töö kvaliteedile ning abi jõuaks inimesteni kiiremini ja tõhusamalt. See on ilmselgelt väga suur ülesanne, millega peab kaasas käima ka ühiskondlik või vähemalt poliitiline kokkulepe, et kui arenduste sisu ja ulatus on selge, astutakse ka järgmine loogiline

samm ehk eraldatakse raha ja leitakse inimesed nende arenduste rakendamiseks.

### **Arendustööd andmete vahetamiseks**

Väga tähtis on kasutada senise töö tulemusi. Näiteks paikkondlike tervishoiu- ja sotsiaalteenuste loomise katseprojekti PAIK on välja arendatud IT-lahendus „Teleskoop“, kus on analüüsitud, mis andmeid on sotsiaal- ja tervisevaldkonna spetsialistidel vaja, kuidas korraldada andmetele ligipääs, tagada andmete kvaliteet jne. Samuti saab aluseks võtta teisi praktikas rakendatavaid lahendusi ja õppida nende arendamisest, näiteks politsei- ja piirivalveameti menetlusinfosüsteemi ja STAR-i regulaarse andmevahetuse loomisest ja kasutamisest.

---

**Tõhusaks võrgustikutöök on vaja stabiilset süsteemi, seda ei tasu üles ehitada (pool) vabatahtlikule tööle.**

---

Tervise- ja sotsiaalvaldkonna spetsialistid on vaja kaasata andmete vahetamise sisulise loogika väljatöötamise, samuti on neid väga vaja ka IT-lahenduste arendamise juurde, et süsteemid oleksid kasulikud ja kasutajasõbralikud. See muudab lihtsamaks ka järgmise tähtsa sammu ehk lahendust kasutama hakkavate spetsialistide koolitamise ja nõustamise. Sellel on väga suur mõju, et andmete vahetusest tekiks võimalikult suur kasu igapäevatoos ja abivajajate aitamisel, sh ennetustöös ja abivajajate väljaselgitamisel.

Lisaks on tähtis järjepidevalt tegeleda Eesti õigusruumi kaasajastamise ja arendamisega, et riiklikesse registritesse kogutavaid ja kogunenud andmeid saaks optimaalsel moel kasutada hädasolijate tuvastamiseks ja aitamiseks. See on eriti

tähtis, kui tulevikueesmärgiks on algoritmipõhiste riskihindamise instrumentide väljaarendamine ja praktiline kasutamine, sest praegu pole selliste lahenduste rakendamine õiguslikult põhjendatav.

Loomulikult tuleb arvestada, et sellise ulatusliku arenduse käigus tekib väga palju probleeme. Kindlasti tuleb sisuliselt lahendada erineva taseme õiguslikud küsimused infosüsteemidesse kogutud andmete jagamisel ja töötlemisel, arvestades, et paljud sotsiaal- ja tervisevaldkonnas tõhusa töö tegemiseks vajalikud andmed on väga delikaatsed. Alati ei pruugi olla lihtne saada inimestelt andmete jagamiseks nõusolekut. IT-arendusteks on keeruline vahendeid leida. Tähtis on silmas pidada, et igapäevaseks tööks vajalike infosüsteemide hulk ei kasvaks ja väheneks vajadus andmeid mitu korda sisestada. Põhimõttelisi takistusi aga pole. Küsimus on selles, kas otsustame kõnealused arendused ära teha ja hoiame seda eesmärki silme ees ka keerulistes olukordades, või otsustame, et me ei näe neist arendustest piisavat kasu ega eralda selleks vajalikke vahendeid. Mõlemal juhul tuleb otsust selgelt kommunikeerida, et ei tekiks valesid ootusi.

### **Võrgustikutöö laiendamine kogu Eestis**

Usun, et enamik sotsiaal- või tervishoiutöötajad nõustub, et võrgustikutööst on kasu vahetamisel, keeruliste juhtumite lahendamisel, abivajajate leidmisel. Eestis on võrgustikutööd arendatud ja tehtud aastakümneid ning aeg on astuda järgmine samm, et nii tervise- ja sotsiaalvaldkonna spetsialiste kui ka teisi olulisi osalisi hõlmav võrgustikutöö toimiks jätkusuutlikult kõikjal Eestis.

Tähtis on lähtuda Eestis juba tehtud tööst, selle õppetundidest ja tulemustest. Näiteks hoolduse koordineerimise projekt ning juba nimetatud paikkondlike

tervishoiu- ja sotsiaalteenuste lõimimise katseprojekt PAIK pakuvad värskeid kogemusi, kuidas võrgustikutööd tõhusalt ja paindlikult korraldada. Kuigi Eesti on väike riik, on meil piirkonniti suuri erinevusi kas või rahvaarvu või asustustiheduse poolest, mistõttu on tähtis olla paindlik ja arvestada kohalikke olusid.

Hästi korraldatud võrgustikutöö võimaldab abivajajaid osaliste sisulises koostöös tulemuslikumalt aidata. Eriti suur on efekt nende juhtumite korral, kui arsti- ja sotsiaalabi vajadus on tihedalt põimunud. Selliste olukordade süsteemsel käsitlemisel saab kasutada erinevaid lahendusi ja tasub eelistada neid, mida on Eestis juba rakendatud. Näiteks projektis PAIK kasutatakse nii kliinilisi kui ka sotsiaalseid näitajaid, et inimesi teenuse saajate sekka valida.

---

### Kodukülastustest ja laiemalt ennetustööst tekib praktiline ja laiem kasu, kui see toimub süsteemsel ja regulaarselt kõikjal Eestis.

---

Võrgustikutöö aitab kohapeal infovahetuse tõhusamaks muuta ja sellest on suur kasu nii konkreetsete inimeste aitamisel ja abivajajate leidmisel kui ka üldisemalt. Näiteks soodustab see kogemuste vahetamist, kohapeal võrgustikutöös osalejad saavad koos üles leida puudused sotsiaal- ja tervishoiuteenuste osutamisel ning hoogustada hea praktika laiemat rakendamist. Edukas võrgustikutöö võiks lihtsustada ka osaliste vahel andmete jagamist ja vahetamist. See oleks hea lahendus, sest riigi andmekogude ühendamine ja arendamine on pikaajaline protsess.

Praktika näitab, et võrgustikutöö on edukas, kui kaasatud on piirkonna olulised osalised ja kindlaks on määratud, kuidas

koostööd koordineeritakse. See hõlmab nii püsivate koostöölepete sõlmimist, et need ei katkeks töötajate vahetumisel, kui ka kokkulepet koostöö koordineerija kohta. Mõistagi on vaja eraldada raha, et tagada võrgustikutöö jätkusuutlikkus. Tõhusaks võrgustikutööks on vaja stabiilset süsteemi, seda ei tasu üles ehitada (pool)vabatahtlikule tööle.

### Andmete kvaliteedi parandamine

Küllap on paljud sotsiaal- või tervishoiutöötajad kurtnud riiklike registrite andmete kvaliteedi üle. Riiklike andmekogude ühendamise ja spetsialistide tööks vajalikele andmetele ligipääsu tagamisest pole palju kasu, kui me ei tee midagi, et ühtlustada ja parandada olemasolevate ning kogutavate andmete kvaliteeti. See on kõige tähtsam, et igapäevatöö oleks võimalikult tulemuslik.

Kvaliteetsemad andmed on paremini võrreldavad. Ja tulevikus on väga kvaliteetsed andmed algoritmidel ja tehisintellektil põhinevate lahenduste rakendamise alus. See aitab inimesi õigel ajal abistada ja töö selleks on tõhusam.

Meie uuring kinnitas, et erinevate registrite andmekvaliteet on väga varieeruv. Kui eesmärk on andmete kvaliteeti järsult parandada, on vaja koostada detailne andmete kvaliteedi vajakajäämiste ja nende sisuliste põhjuste ülevaade, kaasates tervise- ja sotsiaalvaldkonna praktikuid. Abiks on Eesti infosüsteemide arendamisel saadud õppetunnid. Näiteks saab koostöös kohalike omavalitsuste ning teiste osalistega analüüsida hiljuti kasutusele võetud sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregistri STAR puudeinfo lahenduse toimivust ja kasu, et parandada andmekogudes olevate andmete kvaliteeti. Seejärel tuleb leida murekohtadele lahendus, et olukord

tervikuna märgatavalt paraneks. Kindlasti on vaja investeringuid, kui soovime andmete kvaliteedis järgmisele tasemele jõuda.

Konkreetsete probleemide lahendamise samal ajal on vaja tegeleda andmete sisestamise ja valideerimise reeglite ühtlustamisega riiklikes infosüsteemides. Tähtis on andmete sisestajaid ja töötajaid regulaarselt koolitada ning nõustada, sh andmete kvaliteeti käsitlevate juhiste levitamisega. Paremad teadmised aitavad andmeid ühtsemalt ja üheselt arusaadavamalt sisestada ning vähendada sisestusvigu.

Andmete kvaliteedi parandamisel tasub võtta eeskju ka teistelt riikidelt. Näiteks Šotimaal kasutatakse alates 2006. aastast riskihindamisvahendit SPARRA (ingl *Scottish patients at risk of readmission and admission*), et üles leida inimesed, kellel on järgneva aasta jooksul suurem risk erakorraliselt haiglasse sattuda. Arusaadavalt saab seda lahendust edukalt kasutada siis, kui alusandmed on kvaliteetsed. Seda vahendit on juba üsna kaua rakendatud ning andmete kogujate, töötajate ja edastajate tööprotsess on hästi välja kujunenud. Lisaks on moodustatud meeskonnad, kes vastutavad andmete kvaliteedi tagamise eest. Nende ülesanne on ka tuvastada andmetes küsitavusi ja nende leidmisel konsulteerida andmesitajate ehk tervishoiuteenuse osutajatega.

### **Regulaarsed kodukülastused ennetustöö tõhustamiseks**

Ilmselt pole olemas sotsiaal- või tervishoiutöötajat, kes arvaks, et ennetustööst pole kasu või et seda ei tasu teha. Ennetustöö tähtsustamiseks ja selleks vahendeid eraldades on mõttekas võtta arvesse nende riikide kogemusi, kus on seda tööd süsteemselt ja pikaajaliselt tehtud.

Meie uuringu keskmes on vanemaealised ning Taani mitmekümneaastase kogemuse

põhjal aitab ennetustööd teha ning abivajajaid leida ja toetada kodude regulaarne külastamine. Taanis on kohalikud omavalitsused seaduse järgi kohustatud külastama oma piirkonna eakaid. Ette on nähtud, et vastavalt vajadusele külastatakse vähemalt 75-aastaseid (mõnikord ka 65-aastaseid) elanikke ja 82. eluaastast tehakse kodukülastusi vähemalt kord aastas. Üksi elavatele eakatele tuleb kodukülastust pakkuda alates 70. eluaastast. Kodukülastuste eesmärk on ennetada tervisekahjude tekkimist, mis võivad hakata vähendama elukvaliteeti, mida oleks võimalik ära hoida varajase sekkumisega.

See aitab luua ka kontakti vanemaealistega, kellel ei ole senini tervishoiu- või sotsiaalsüsteemiga kokkupuudet olnud. Kodukülastuste korraldamisele ja sisule pole riik omavalitsustele ettekirjutusi teinud, kuid koostatud on erinevate soovustega juhendid. Juhised on selle kohta, millised sihtrühmad võivad olla suuremas riskis, näiteks inimesed, kes on kaotanud abikaasa või elukaaslase, üksi elavad vanemaealised mehed, mitme haigusega eakad. Taani kogemus on ühtlasi näidanud, et vanus ei peaks olema ainus näitaja regulaarsete kodukülastuste alustamisel, sest vanus iseenesest ei pruugi viidata abivajadusele.

Kui Taanis rakendatav süsteem võtta Eestile eeskujuks, siis tuleb riigi tasandil ja koostöös kohalike omavalitsuste ning teiste osalistega välja töötada meie oludele sobiv lahendus ja sõnastada kodukülastuse eelduseks olevad kriteeriumid. Seejuures saab jällegi edukalt kasutada Eestis rakendatud asjakohaste katseprojektide kogemusi, et kodukülastuste korraldus oleks võimalikult optimaalne ja tulemuslik osaliste ülesannetest, võimekusest ja vahenditest lähtuvalt. Näiteks annab selle kohta tänuväärseid teadmisi päästeameti hiljuti lõppenud kodukeskkonna vigastusriskide projekt.

Kodukülastustest ja laiemalt ennetustööst tekib praktiline ja laiem kasu, kui see toimub süsteemselt ning regulaarselt kõikjal Eestis, mis tähendab, et selleks tuleb ka eraldada vajalikud vahendid.

## Koolitamine, koolitamine, koolitamine


Kõigi muudatustega samal ajal peab koolitama spetsialiste, et arenduste kasutegur oleks suurem. Koolitused pole muidugi tähtsad ainult siis, kui teeme süsteemis olulisi muudatusi. Koolitusi on vaja erialapädevuse arendamisel, ühtlasi aitavad need suurendada vanemaealiste abistamisega tegelevate spetsialistide teadmisi teiste osaliste vastutuselade ja ülesannete kohta. Kui on paremini teada, millal ja kelle poole pöörduda, muutub infovahetus ja koostöö tõhusamaks.

Regulaarsed koolitused (nagu ka võrgustikutöö laiendamine) soodustavad kogemuste vahetamist. See on väga tähtis, pidades silmas ka eesmärki vanemaealised abivajajaid varakult kindlaks teha, arendada oskust märgata riskitegureid ja nõnda ennetada suuremaid tervise- või sotsiaalprobleeme.

Tervishoiu- ja sotsiaalsektori töötajatele on vaja üha enam struktureeritud ning regulaarseid andmevaldkonna koolitusprogramme. See hõlmab andmete jagamise tähtsust, sellest saadavat kasu, andmevahetuse võimalusi, andmekaitseküsimusi jm. Kõnealuseid koolitusprogramme on mõistlik välja arendada ja rakendada koostöös haridusasutustega, et need oleksid lõimitud sotsiaal- või tervishoiutöötajate tasemeõppesse.

## Võti on otsustamises ja vahendite leidmises

Kui tahame Eestis jõuda sotsiaalhoolekandelist tuge vajavate inimeste abistamisel järgmisele tasemele, on vaja otsustada, et teeme selleks vajalikud investeeringud, ja kokku leppida raha eraldamine. See pole kindlasti lihtne ülesanne: raha on alati puudu ja alati napib ka pädevaid spetsialiste.

Peame aga need sammud astuma, kui tahame liikuda järgmisele tasemele. Võimaluste piiratust arvestades on oluline planeerimisse, arendamisse ning rakendamisse kaasata sotsiaal- ja tervishoiusüsteemi praktikuid, sest nende kogemus aitab vahendeid paremini kasutada. 

## Lisalugemist

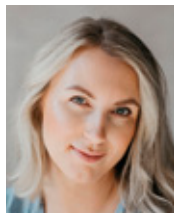
**Hendriksen, C., Vass, M.** (2005). Preventive home visits to elderly people in Denmark. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38.

**Public Health Scotland.** (i.a). *Scottish Patients at Risk of Readmission and Admission (SPARRA)*. <https://publichealthscotland.scot/our-areas-of-work/social-and-community-care/scottish-patients-at-risk-of-readmission-and-admission-sparra/overview/> (21.11.2023).

**Riigikontroll** (2021). *Eakate sotsiaalsete probleemide märkamise omavalitsustes*. Kontrollaruanne. [www.riigikontroll.ee/Riigikontrollipublikatsioonid/Auditiaruanded/tabid/206/Audit/2536/language/et-EE/Default.aspx](http://www.riigikontroll.ee/Riigikontrollipublikatsioonid/Auditiaruanded/tabid/206/Audit/2536/language/et-EE/Default.aspx) (21.11.2023).

**Vass, M., Avlund, K., Hendriksen, C., Philipson, L., Riis, P.** (2007). Preventive home visits to older people in Denmark. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 40.

**Yamada, Y., Ekmann, A., Nilsson, C.J., Vass, M., Avlund, K.** (2012). Are acceptance rates of a national preventive home visit programme for older people socially imbalanced?: a cross sectional study in Denmark. *BMC Public Health*, 12.

**Kairit Viidalepp**

tervise arengu instituudi projektijuht

# Rahvusvahelise funktsioneerimisvõime klassifikatsiooni valdkonnaülene rakendamine

Mida rohkem teame inimese funktsioneerimisvõime kohta, seda täpsemalt on võimalik sekkumisi planeerida. Terviseolukord, keha funktsioonid ja struktuurid, tegutsemis- ja osalusvõime, keskkond ja personaalsed tegurid on omavahel seotud ning iga tegur mõjutab otseselt teisi.

Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime klassifikatsioon (RFK – ingl *international classification of functioning, disability and health*, ICF) kuulub Maailma terviseorganisatsiooni (WHO) klassifikatsioonide perekonda ja hõlmab inimese funktsioneerimise ehk igapäevase toimetulekuga seotud infot. WHO rahvusvaheliste klassifikatsioonide hulka kuulub ka rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon (RHK-10), mida kasutatakse meditsiinis suremuse ja haigestumuse andmete registreerimiseks, kogumiseks, analüüsiks ja võrdlemiseks.

WHO viitab kõnealuste klassifikatsioonide ühisele kasutamisele ja toob välja, et diagnoosi kõrval on väärtuslik ka info

inimese funktsioneerimisvõime kohta (WHO 2002, 2–3). RHK-10-le järgnevas versioonis RHK-11 on teatud diagnooside juurde RFK-koodid ka liidetud. Nii liigume inimese diagnoosipõhiselt käsitlusel lähemale terviklikumale, funktsioneerimisvõimet arvesse võtvale biopsühhosotsiaalsele käsitlusele.

## Inimene kui tervik

Biopsühhosotsiaalne käsitlus tähendab inimese funktsioneerimisvõime juures bioloogiliste ehk terviseiga seotud (diagnoos, geneetilised eelsoodumused jm), psühholoogiliste (elustiil, harjumused) ja sotsiaalsete (elukeskkond, sotsiaalsed suhted, perekond,



kultuuriline taust) asjaolude arvestamist. Nii saame inimese toimetuleku kohta rohkem infot, kui ainuüksi tema diagnoosi põhjal (Hanga 2020).

Kahe sama diagnoosiga inimese funktsioneerimisvõime võib olla väga erinev. Näiteks mõjutab insuldi diagnoos kahe inimese funktsioneerimisvõimet juba ajukahjustuse erineva piirkonna tõttu, kuid ka nende keskkonna ja personaalsete mõjutegurite tõttu. Või muutub inimese funktsioneerimisvõime ajapikku progresseeruva haiguse tõttu, ehkki talle pandud diagnoos jääb samaks.

Erineva diagnoosiga inimesed võivad funktsioneerimisvõimes kogeda samu takistusi. Näiteks tserebraalparalüüsiga laps ning spinaalse lihaskatkestusega laps võivad sarnaselt kogeda raskusi istumisel ja püstitõusmisel, kuigi nende haiguste patofüsioloogia on erinev. Samuti ei pruugi funktsioneerimisvõime langus olla otseselt haiguse tagajärg, vaid põhjustatud muudatustest inimese keskkonnas või tema personaalsetes tegurites. Mida rohkem me teame inimese funktsioneerimisvõime kohta, seda täpsemalt on võimalik sekkumisi planeerida.

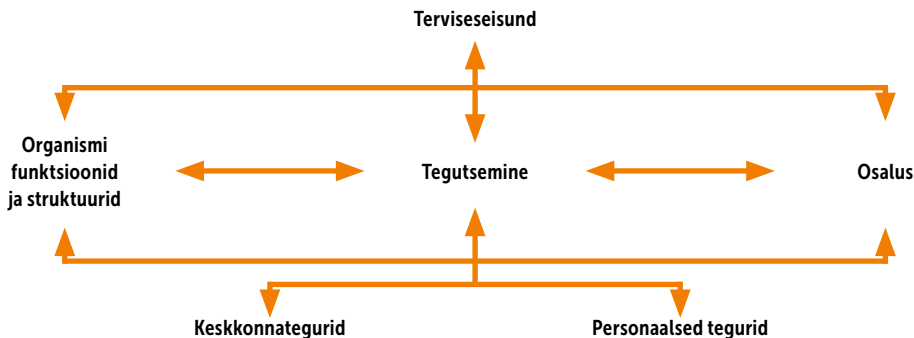
RFK biopsühhosotsiaalset mudelit illustreerib joonis 1. Nähtub, et inimese

terviseolukord, keha funktsioonid ja struktuurid, tegutsemis- ja osalusvõime, keskkond ja personaalsed tegurid on omavahel seotud ning iga tegur mõjutab otseselt teisi (Hanga 2020).

**Kahe sama diagnoosiga inimese funktsioneerimisvõime võib olla väga erinev.**

Inimese funktsioneerimisvõime on seega paljude spetsialistide tähelepanu keskmes, kes osutavad teenuseid sotsiaal-, tervishoiu-, tööhõive- ja rehabilitatsioonivaldkondades. Neid teenuseid korraldavad riiklikud organisatsioonid, kellel on vaja teenuse paremaks haldamiseks kvaliteetseid andmeid. RFK kasutamine annab võimaluse koguda, vahetada, võrrelda ja analüüsida andmeid ning teha statistikat, mis on teenuste sisu ja tulemuslikkuse analüüsimise eeldus ning seega poliitika kujundamise alus.

Aastatel 2016–2019 viidi ellu põhjalik katseprojekt „RFK kasutamine meditsiinilises, sotsiaalses ja tööalases rehabilitatsioonis ning abivahendi vajaduse hindamisel“, mille järel sai RFK valdkonnaülesest rakendamisest sotsiaalministeeriumi strateegiline



**Joonis 1.** RFK biopsühhosotsiaalne käsitus

**b7100.3**

*b – funktsioonid, 7. peatükk: liikuvus*  
*Ühe liigese vaba liikumisulatusega seotud funktsioonid*

<b>XXX.0</b>	<b>Ei OLE kahjustust</b> (puudub, tühine, ...)	0–4%
<b>XXX.1</b>	<b>KERGE kahjustus</b> (väike, nõrk, ...)	5–24%
<b>XXX.2</b>	<b>MÕÕDUKAS kahjustus</b> (keskmine, tuntav, ...)	25–49%
<b>XXX.3</b>	<b>RASKE kahjustus</b> (suur, tõsine, oluline, ...)	50–95%
<b>XXX.4</b>	<b>TÄIELIK kahjustus</b> (vaieldamatu, sügav, ...)	96–100%
<b>XXX.8</b>	<b>Täpsustamata</b>	
<b>XXX.9</b>	<b>Ei ole rakendatav</b>	

**Joonis 2.** RFK-koodi ülesehitus ning RFK-määraja

tegevussuund. Nimetatud katseprojekti tulemused näitasid, et

- RFK võimaldab kokkulepitud ühtses keeles dokumenteerida ja edasi anda kliendi hetkeolukorda;
- RFK võimaldab jälgida kliendi funktsioneerimisvõime muutust ajas ning erinevate süsteemide ja teenuste kaudu, sealhulgas liikumist erinevate teenuste vahel, rehabilitatsioonivajaduse hindamisel, töövõime kordushindamisel;
- RFK annab võimaluse analüüsida funktsioneerimisvõime languse põhjuseid ja tagajärgi;
- RFK võimaldab kujundada teenuseid riigi, teenuse rahastaja ja kliendi tasandil;
- RFK võimaldab rehabilitatsiooni vajaduse hindamisel ja eesmärkide seadmisel kasutada suuremas mahus töövõime hindamise tulemusi;
- RFK-d saab rakendada sotsiaalses ja tööalases rehabilitatsioonis kliendi funktsioneerimisvõime hindamisel, eesmärgi seadmisel, tegevuskava koostamisel, teenuse tulemuslikkuse hindamisel ning teenusega seotud info dokumenteerimisel (Sotsiaalkindlustusamet 2020, 43).

Nagu selgus ka aastate 2016–2019 katseprojektist, võimaldab RFK inimese olukorra kohta tekkivat infot standardselt dokumenteerida, asendada kirjeldavad hinnangud ja ühtlustada funktsioneerimisvõime hindamise põhimõtteid eri etappides. Klassifikatsiooni koodidesse on lõimitud ka võimalus hinnata inimese funktsioneerimisvõimet, kasutades selleks tervishäire ulatust või probleemi tõsidust kirjeldavaid määrajaid. Määrajad annavad RFK-koodile tähenduse. RFK-kood peaks sisaldama vähemalt üht määrajat, mis kannab edasi infot struktuurikahjustuse või funktsioonihäire, tegutsemis- ja osaluspääsrahu ulatuse või keskkonna mõju kohta. RFK-koodi ülesehitust ja määrajat selgitab joonis 2. Näiteks kood b7100 (ühe liigese vaba liikumisulatusega seotud funktsioonid) saab märkida ühe liigese liikumisulatusega seotud funktsioone, kuid määraja (näiteks .3) lisamine annab põhikoodile selle info, mida tahtakse lõpuks öelda – ühe liigese liikuvus on raskelt häiritud. Oluline on siinkohal välja tuua, et kuigi RFK ja selle määrajatega saab kirjeldada inimese funktsioneerimisvõimet, ei ole RFK hindamisvahend, see ei välista

ega asenda erialaseid standardiseeritud hindamisvahendeid. Soovituslik ongi just kasutada erialaste ja seejärel dokumenteerida hindamisinfo RFK alusel.

### **RFK kui inimese käsitlemiseks mõeldud ühine keel**

Kasutades puude raskusastme kindlaks tegemisel, töövõime või teenusevajaduse hindamisel, rehabilitatsiooni- või taastusravimeeskonnas eesmärkide seadmisel ja tulemuste hindamisel läbivalt RFK-d, muudab see hindamiste, sekkumiste ja tulemuste seosed nähtavaks ning jälgitavaks ja info on kõigile asjaosalistele arusaadavalt dokumenteeritud (Hanga 2020). Praegu tuleb inimesega kokku puutuvatel spetsialistidel tema seisundist ülevaate saamiseks ja otsuste langetamiseks teha hulgaliselt lisatööd, et info kokku koguda. RFK-ga võetakse aga kasutusele standardkeel ja teenuste osutamise ühtlustatud protsessid, mis muudavad andmevahetuse oluliselt efektiivsemaks.

RFK rakendamisel on lähiaastatel tähelepanu keskmes sotsiaalse ja tööalase rehabilitatsiooni, taastusravi ning abivahendite valdkond ja puude raskusastme kindlaks tegemise ning töövõime hindamisprotsess, edaspidi ka abivajaduse hindamine ja teenusele suunamine kohalikus omavalitsuses.

---

**RFK kasutamine annab võimaluse koguda, vahetada, võrrelda ja analüüsida andmeid ning teha statistikat, mis on teenuste sisu ja tulemuslikkuse analüüsimise eeldus ning seega poliitika kujundamise alus.**

---

RFK peaks muutuma inimesega tegelevate spetsialistide ühiseks keeleks ja olema põimitud teenustel kasutatavatesse

metoodikatesse. Selleks on vaja spetsialistide hulgas tekitada ühine arusaam RFK-st ja oskus klassifikatsiooni kasutada. Aastail 2021–2023 toimus sotsiaalkindlustusameti eestvedamisel 32 RFK täienduskoolitust, kus sai teadmisi 672 spetsialisti. Täienduskoolitusi jätkatakse 2024. ja 2025. aastal ning koostöös kõrgkoolidega loimitakse RFK-õpe asjakohastesse õppekavadesse. Nii tagatakse RFK kasutamisoskus juba spetsialisti väljaõppe alguses. See toetab tema sisenemist tööturule, kus ühtselt kasutatav keel on RFK.

Paljudel spetsialistidel juba on RFK kasutamise teadmised ja kogemused, seetõttu on tähtis välja selgitada ka spetsiifilisem koolitusvajadus. RFK-d rakendatakse erialast olenevalt erinevalt, näiteks kasutab psühholoog RFK-d teistmoodi kui füsioterapeut, kuid selle üle on vaja ühist mõttevahetust ja eraldi arutelu. Rehabilitatsioon ja taastusravi on meeskondlikud valdkonnad, mistõttu on oluline koolitusteema ka RFK kasutamine meeskonna töövoos.

### **RFK kasutuselevõtt ja plaanid**

Viimastel aastatel on astutud samme, et RFK-d valdkonnaülevalt rakendada. Aastatel 2021–2023 oli RFK-ga seotud arendustegevus sotsiaalkindlustusameti haldusalas. Aastal 2021 nüüdisajastas ekspertidest koosnev tõlkemeeskond RFK eestikeelse tõlke ja juhendmaterjalid. Aastal 2022 valmis ärianalüüs (Trinidad Wiseman 2022), kus uuriti RFK valdkonnaülese rakendamise seotud andmevahetuse vajadust ja tööprotsessi. Aasta 2023 alguses kehtestati RFK riikliku klassifikatsioonina, et tagada kogutud andmete sisuline ja terviklik vahetus eri süsteemide vahel. RFK omanikuks sai tervise arengu instituut, kelle hoole all on edaspidi klassifikatsiooni ajakohasus ja terminoloogiline koosvõime, RFK

täienduskoolitused ja mentorlusprogramm. RFK tehniline haldamine jääb tervise ja heaolu infosüsteemide keskuse (TEHIK) ülesandeks.

---


Täienduskoolitusi jätkatakse 2024. ja 2025. aastal ning koostöös kõrgkoolidega lõimitakse RFK-õpe asjakohastesse õppekavadesse.

---

RFK on oma töös järk-järgult kasutusele võtnud ka puude raskusastme kindlaks tegemist, töövõime hindamist, sotsiaalse ja tööalase rehabilitatsiooni teenust korraldavad asutused. Töötukassa on teinud suuri muudatusi töövõime hindamisel ja tööalases rehabilitatsioonis, sidudes teenuse protsessid, korraldamise ja osutamise etapid RFK-ga. Selle toetamiseks arendas töötukassa välja X-tee andmevahetusteenu sed töötukassa ja tööalase rehabilitatsiooni teenuse osutaja vahel, et tagada turvaline ja mugav andmevahetus ning teha seda ühtses keeles ja ühtlustatud tööprotsessidega. Kirjeldatud muudatusi on töötukassa rakendanud 2023. aasta maist. Augustis 2023 võttis sotsiaalkindlustusamet oma infosüsteemis puude raskusastme kindlaks

tegemiseks kasutusele uue ekspertiisimooduli, mis annab võimaluse kirjeldada inimese tegevus- ja osaluspiiranguid RFK abil. Lisaks avas sotsiaalkindlustusamet projektikonkursi, et välja töötada RFK-l põhinev puude raskusastme kindlaks tegemise metoodiline juhend lastele (kuni 16-aastased) ja vanaduspensionistidele.

Lähiaastate plaanis on ka RFK-ga seotud mentorlussüsteemi väljatöötamine ja käivitamine, et spetsialistid ja meeskonnad saaksid tuge RFK kasutamisel ning saaksime koostöös praktiseerivate spetsialistidega leida RFK rakendamise parimaid võimalusi. Oluline arendustegevus on ka erialaste hindamisvahendite koondamine ja seostamine RFK-ga, et toetada spetsialiste nende praktilises töös testide tulemuste tõlgendamisel RFK määrajatesse.

Lõppeesmärk on, et kõik inimese funktsioneerimisvõimega tegelejad vahetavad omavahel RFK alusel andmeid, selleks aga on vaja välja töötada IT-lahendus. Kõige eespool kirjeldatu eeldus on, et jätkub tõhus ja sujuv koostöö partnerorganisatsioonidega. Soovitav muudatuste rakendamisega lihtsustaksime nii inimesega töötavate spetsialistide, terviseandmeid töötlevate asutuste kui ka inimese enda igapäevaelu. 

## Viidatud allikad

---

- WHO.** (2002). *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health ICF*. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/icf/icfbeginnersguide.pdf>.
- Hanga, K.** (2020). Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime klassifikatsioon. *Sotsiaaltöö*, 3, 65–74.
- Sotsiaalkindlustusamet.** (2020). *RFK kasutamine meditsiinilises, sotsiaalses ja tööalases rehabilitatsioonis ning abivahendi vajaduse hindamisel*. Kokkuvõtte pilootprojektist ja ettepanekud järgmisteks tegevusteks.
- Trinidad Wiseman.** (2022). *Rahvusvahelise funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsiooni (RFK) valdkondadeülese rakendamise seotud andmealduse ärianalüüs*.

**Ruth Erm***tervise arengu instituudi meditsiinterminoloogia kompetentsikeskus*

# Mis juhtuks, kui meditsiini- ja sotsiaalvaldkonna terminoloogias tehtaks koostööd?

Artikkel on kirjutatud meditsiinterminoloogia vaatepunktist, et näidata kokkupuutepunkte, mille korral võiksime igal juhul ühise laua taha istuda. Küll siis tegevuse käigus selgub, mis juhtub, kui teeksimegi koostööd.

Pealkirjas on nii otsene küsimus kui pisut ka praeguse olukorra irooniat. Meie, s.t meditsiini- ja sotsiaalvaldkonnas töötavad inimesed, oleme aina rääkinud, et peaksime tegema koostööd. Seda aga ei ole juhtunud või kui ongi, siis lühidalt, üpris ebaregulaarselt ja pigem projektidena.

**Terminoloogiat on tarvis erialainimestele, et üksteisest aru saada, aga ka oma asjast tavalisele inimesele rääkida.**

Kas aga on keegi ka küsinud, miks me peaksime koostööd tegema? Mida me sellega saavutaksime? Kas inimese olukord, kes

oma terviseteeekonnal tervishoiu- või sotsiaalvaldkonna töötajatega kokku puutub, läheb sellest kuidagi paremaks? Mis muutub koos töötavate osaliste jaoks, kui tehtaks koostööd? Kas teame või vaid arvame, et koostöö on hea asi iseneses? Kas andmed toetavad koostöö sellist mõju? Eesti kohta me seda ei tea, sest seda pole uuritud.

Briti uurijad avaldasid 2021. aastal artikli (Alderwick jt 2021), kus esitati 36 uuringu kokkuvõte. Kõnealused uuringud käsitlesid tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna organisatsioonide ning kohalike omavalitsuste koostöö mõju rahvastiku tervisele, teenuste kättesaadavusele, teenuste maksumusele, organisatsioonide tööprotsessidele jms. Leiti, et koostöö parandab

teenuste kättesaadavust ja koostööd tegevate organisatsioonide endi töövoogu, kuid koostööl ei ole erilist mõju rahvastiku tervisele (pigem on positiivne mõju märgatavam üksiku sihipärase tegevuse korral) ega teenuste maksumusele (tegelikult teenuste maksumus isegi tõuseb).

Seega, enne koostöö alustamist võiks mõelda, kes sellest võidak, mis võiks paremaks minna või mida üldse parandada soovitakse. Tee peal võib juhtuda nii mõndagi, ka head. Nii et võib-olla ongi koostöö iseenesest hea.

## Terminoloogia – mis ja milleks?

Terminoloogia all saab mõista mitut asja. Esmajärjekorras on need mõne eriala oskussõnad ehk terminid. Näiteks rahvatervishoiu või sotsiaalvaldkonna terminid. Terminoloogias ei ole oluline sõnade hulk, see võib olla ka kitsama valdkonna sees kasutatav sõnavara, nagu nt puude raskusastme määramise sõnavara jms. Selle tähendusega on tihedalt seotud ka oskussõnaõpetus, mis käsitleb, kuidas tuletada, korraldada ja tarvitada oskussõnu, näiteks, mis reeglite järgi me uusi oskussõnu loome või see, kuidas neid vormistame. Koroonakriisi ajal võis näha COVID-19 kohta päris mitut kirjapilti (nt Covid-19, covid-19, kovid jne), COVID-19 aga on WHO ametlik lühend ja kirjakuju, muud kuuluvad pigem mitteametlike vormide ja omaloomingu valdkonda.

Harvemini peetakse terminoloogiaks ka oskuskeelt ehk mingil erialal süsteemselts tarvitavat keelt, nt meditsiinkeel, seadusloome keel. Ka erialakeelel on kihid, nii saame meditsiinkeele kõrval rääkida ka patsiendisõbralikust meditsiinkeelest. Näiteks tuleb patsiendile selgitada tema seisundit talle mõistetavalt, mitte nõnda, nagu arstid omavahel kõnelevad.

Oskuskeelt tuleb ka korraldada, mis on konkreetse eriala keele arendamine, selle muutmine ladiusaks ja arusaadavaks.

Siit nähtubki, et terminoloogiat on tarvis erialainimestele, et üksteisest aru saada, aga ka oma asjast tavalisele inimesele rääkida – see annab terminoloogidele unikaalse võimaluse korraldada oskussõnavara ja -keelt ka kasutajasõbralikus keeles. Kõik ei pea olema võõrsõnadega tähistatud ega kirjelatud, paljut saab ka omakeelsena esitada.

Terminoloogia muutub ühiskondlikult oluliseks just kriiside ajal. Siis paistab silma terminoloogia korrastatuse tase või ebahühtlus. Koroonakriisi ajal sai üldsus tuttavaks epidemioloogia, tervisestatistika ja rahvatervishoiu sõnavaraga, nüüd, sõdade ajal, on rohkem esil sõjanduse, majanduse ja energeetika sõnavara.

Terminoloogiast ei ole kasu ainult inimsuhtluse hõlbustamisel, vaid ka masinate suhtluses. Selleks et masinad saaksid andmeid vahetades „aru“, et näiteks „südamepaunapõletik“ on sama mis „perikardiit“ või „perikardi põletik“, on võetud kasutusele masinloetavad kokkuleppelised terminid, loendid, klassifikatsioonid jms. Neis loendites on kirjas kokkulepe, mis on kodeeritav põhinimetuse ja millised on selle põhinimetusega seotud sünonüümid. Just terminite omavahelised seosed abistavad masinaid andmete liigutamisel. Seega on terminoloogiatöö tänapäeval hulga laiemat vajaduste spektrit rahuldav kui vaid erialainimeste üksteisemõistmine.

## Kokkuleppimise kunst

Mingist valdkonnast aru saamiseks ja arusaadavalt rääkimiseks tuleb alustada terminitest. Küsimus „Millest me räägime?“ taandub sageli sellele, kuidas me midagi mõistame. Seega oleks loogiline, et terminitööd tehakse tööde alguses, mitte lõpus.

Terminoloogil ei ole kahjuks võimalik anda adekvaatset panust aastaraamatusse, juhisesse, artiklisse või muusse olulisse materjali, kui tema ülesandena nähakse vaid ühe lehekülje ehk mõistete (p.o terminite)<sup>1</sup> ja definitsioonide ülevaatamist. Kohe töö alguses tehtud terminikokkulepped muudavad eesootava töö sujuvamaks ja hoiavad kokku kõigi aega. Kui leppida alguses kokku ka selles, et termineid saab vajadusel täiendada ja muuta, siis langeb ära koorem sõnastada kõike äärmiselt täpselt olukorras, kui kõik pole veel teada.

Kokkuleppimise kunst ongi terminoloogiatöös üks olulisimaid. Tervise arengu instituudi (TAI) meditsiiniterminoloogia kompetentsikeskuse eestvedamisel käis 2021. aastal koos eri osalisi kaasanud terminoloogiahalduse töörühm, mille ülesanne oli ühiselt mõtestada valdkonna terminoloogiatöö puudused ja vajadused. Polnud selge, kelle vahel terminikokkulepe peaks sündima (ehk et kes on pädevad terminitööd tegema) ning mis reeglitele tuginedes kokkuleppele jõuda (ehk et millised argumentid oma seisukohtade toetamiseks on piisavad ja vajalikud kokkuleppe saavutamiseks), seetõttu töötati hiljem väiksemas töörühmas välja meditsiiniterminoloogia kokkulepete raamistik. See dokument kirjeldab, milliseid põhimõtteid silmas pidada terminitöö meeskonna moodustamisel (üpris tavaline on, et valdkonna terminoloogiat hakatakse arutama valdkonnas töötavate inimesteta!), millistest etappidest terminitöö koosneb, kuidas tööd korraldada, kuidas konstruktiivselt vaielda, millistele põhjendustele toetuda oma seisukohtade kaitsmisel jpm.

Kokkulepetest tuleks ka kinni pidada, need avalikustada ja neid propageerida.

Selleks on TAI koostanud tervisesõnastiku (tervisesonastik.tai.ee), mis on TAI veebilehel tasuta kättesaadav kõigile huvilistele. Sinna kanname oma valdkonna terminikokkulepped. See keelevara jõuab ajapikku ka eesti keele instituudi Sõnaveebi terminoloogiarubriiki.

Kokkulepete üle valvamisega kaasneb ka vastutus korrigeerida ja ajakohastada kõige käidavamates kohtades (nt Vikipeedias) publitseeritud definitsioone (vt Vikipeediast näiteks definitsiooni „puue“), kuid veel suurem vastutus on vältida keeleprügi tootmist. Keeleprügiks võib pidada üksteist kordavaid või ülemäära sarnaseid termineid ja definitsioone.

---

### Just terminite omavahelised seosed abistavad masinaid andmete liigutamisel.

---

„Puue“ on hea näide sellest, et oleks tarvis arutada puude definitsiooni piisavuse üle ja teha seda enne, kui luua uusi liittermineid. Puuet defineeritakse puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seaduses (1999) kui inimese anatoomilise, füsioloogilise või psüühilise struktuuri või funktsiooni kaotust või kõrvalekallet, mis koostoimes erinevate suhtumuslike ja keskkondlike takistustega tõkestab ühiskonnaelus osalemist teistega võrdsetel alustel. Selles definitsioonis on viidatud nii füüsilise kui ka psüühilise struktuuri või funktsiooni kaole või kõrvalekaldele, seetõttu võiks ju küsida, kas eraldi „füüsilist puuet“ on tarvis või miks ei sobi Eesti puuetega inimeste koja kodulehel toodud puute jaotus või kuidas peaks füüsilist puuet defineerima, et puude eespool esitatud definitsioon selles samuti kajastuks,

---

<sup>1</sup> Mõiste ja termini erinevusest on kirjutanud Reet Hendrikson (2022) ajakirjas Õiguskeel.

kuid ei kordaks ennast. Kui defineerides selgub, et definitsioonid tulevad liiga sarnased ja kipuvad minema sassi, on see pigem ühtlustamise ja koomaletõmbamise, aga mitte uute terminite loomise vajaduse märk.

Kokkuleppimise kunsti saab õppida ja harjutada koostööd tehes. Meditsiini- ja sotsiaalvaldkonna terminoloogia koostöök sobivaid kohti ei pea väga kaugelt otsima, sest mõlemad valdkonnad on seotud ühe ja sama inimesega, tema tervise ja heaoluga. Terminoloogial on siin oma roll.

### Oskussõna jõud

Maailmaga koos muutub ka meie valdkondade oskuskeel ja sõna jõudu märgatakse üha enam. Näiteks on võimalik teatud haigustega saada „märk külge“. Eriti haavatavad on vaimse tervise probleemidega, sõltuvushäiretega, puuetega ja vanemaegilised inimesed. Selline häbimärgistamine ehk stigmatiseerimine süvendab haigust, mõjub halvasti ravile ja elukvaliteedile, tootes ühtlasi ka enesestigmat ehk inimene hakkabki end pidama alaväärsemaks.

See on nii meditsiini- kui ka sotsiaalvaldkonna terminoloogidele tõsine katsumus ja aastatepikkune koostööpõld.

Oskuskeelega saab inimest pisendada, aga saab teda ka võimestada. Näiteks võiks analüüsida epikriisides või seisundi kokkuvõtetes patsiendi kohta kasutatavaid väljendeid ja mõelda, kuidas patsient või tema esindaja neid lugedes end tunda võiks. Äkki saaks viisakamalt?

Kas „patsient eitab palavikku“, kui ta on öelnud, et tal pole palavikku? Kas „patsient ei allu ravile“, kui tegelikult ravi lihtsalt ei aidanud patsienti? Või kas on korrektne öelda, et „patsient kurdab, kaebab ja väidab“, kui ta on tulnud muret väljendama ja seisundit kirjeldama? Kui arsti mõõdupuuks on uuringud ja mõõtmised, siis võiks

Kui tunned huvi sotsiaalvaldkonna terminoloogia vastu, tahad anda oma panuse selle süstematiseerimisse, loomisse ja arendamisse, võta julgelt ühendust kas meditsiini terminoloogia kompetentsikeskusega meiliaadressil [medterm@tai.ee](mailto:medterm@tai.ee) või ajakirja Sotsiaaltöö toimetusega meiliaadressil [ajakiri@tai.ee](mailto:ajakiri@tai.ee).

piisavaks pidada ka patsiendi öeldut, lisamata omapoolset suhtumist. Või mis kasu võiks patsiendi olukorrale tuua epikriisi lause „patsient on EMO-s sage külaline“? Mis tähtsust sel on, mitmendat korda ta on EMO-sse tulnud? Ilmselt oskavad selliseid näiteid oma tööst tuua ka sotsiaaltöötajad.

Omaette maailma moodustavad haiguste nimetused, mille taha inimene täiesti ära kaob, või haiguste nimetused, millega käib kaasas häbimärk (nt tuberkuloos, HIV). Maailmas ja ka Eestis on võetud siiski suund, et kui haiguse nimetus võib inimese tundeid riivata, tuleks midagi ette võtta (nt haiguste nimetused, mis viitavad loomale või mingile inimrühmale: ahvirõuged, legionäride tõbi). Inimene on palju rohkemat veel kui tema haigus (diabeetik *vs.* diabeediga inimene, epileptik *vs.* epilepsiaga inimene), probleem või tegevus (süstija *vs.* uimasteid süstiv / süstides tarvitav inimene; probleemne tarvitaja) või juhtum (koroonaajuhtum).

Oskuskeele sedalaadi areng on meil alles lapsekingades, kuid üht-teist on siiski juba tehtud või uuritud. Näiteks käis koos uimastipoliitika keelekasutust uurinud tööühm, kus töötati välja neutraalsemad sõnad ja väljendid meediale ning ametnikele uimastipoliitikast rääkimiseks. Selline töö vajaks aga süsteemsemat käsitlust ning mul oleks väga hea meel, kui kokku tuleks meditsiini- ja sotsiaalvaldkonna ühine algatusühm, kelle ülesanne on neid nähtusi süsteemset



uurida ja keelevõimalusi pakkuda. Kuid senikaua, kuni niisuguseid algatusi pole, võiks inimestega suhelda, kuulata, mida nad enda kohta räägivad, ja kasutada samu sõnu ning väljendeid ka ise. Paljudele näiteks meeldib, kui teda kutsutakse nimepidi.

### Millest (koos)tööd alustada?


Sotsiaaltöö konverentsil peetud terminoloogia töötoas panid osalejad paberile portsu sotsiaalvaldkonna sõnu, mida nad igapäevatoos sageli kasutavad, ent mille sisu tekitab segadust. Näiteks „rehabilitatsioon“, „taastusravi“, „töövõime hindamine“, „abivajaduse hindamine“, „hooldusvajaduse hindamine“, „hoolekanne“, „koduhooldus“, „tugiisik“, „tegevusjuhendaja“, „tegevusterapeut“, „sotsiaaltöötaja“, „vaimne tervis“, „heaolu“.

Need sõnad kuuluvad sotsiaaltöö põhitermine hulka ja mitu neist kattuvad ka meditsiinis kasutatavatega. Abivajajal (või kliendil, teenuse saajal, patsiendil?) ei ole tegelikult vahet, kuidas täpselt teenust või teenuse osutajat nimetatakse, talle on tähtis, et ta saaks abi. Aga, kuidas me teame, mis sisu on sel abil, kui abipakkujatel endil on ka sassis, mis tööd nad teevad, sest nende ametijuhendid erinevad vaid nüanssides?

Meditsiiniterminoloogia on olnud väga võõrsõnaline, isegi võõrapärane. Sugugi mitte väga ammu hoiti ladinakeelsetest meditsiiniterminitest kinni emotsionaalse argumendiga, et vastasel juhul kukub meditsiin

kokku. Seetõttu lisati rahvusvahelisse haigne ja nendega seotud terviseprobleemide statistilisse klassifikatsiooni ehk RHK-10-sse ladinakeelsed nimetused, mis siis, et rahvusvahelises versioonis neid polnud ja maailma meditsiin sai ladina keelela hakkama. Kunagised arstitudengid on meenutanud, et võõrsõnu täis pikitud jutt patsiendiga on hea, sest siis püsib arst patsiendi silmis kõrgel ja lugupeetaval positsioonil.

Terminoloogiatöös võibki mõnikord siht silme eest kaduda ja loome termineid näiteks sellepärast, et ametlik dokument nõuab seda või ei luba jälle seadus mõnd olemasolevat taaskasutada. „Rahvatervis“ on kahetsusväärne näide väärtõlkest ja valest terminist, mida on seadusega põlistatud ning vastutustundetult korrektse termini „rahvatervishoiu“ asemel kasutatud. Tahaks loota, et sellise „terminiloomega“ ei pea sotsiaalvaldkonnas tegelema ega hakata lõivu maksuma kunstlikult tekitatud keerukusele, nagu meditsiiniterminoloogias on paraku juhtunud.

Sotsiaalsüsteemi sujuva koostöö ja kvaliteetsete andmete tekkimise huvides oleks algatuseks aga tarvis erialainimestel põhiterminoloogias kokku leppida, et me suudaks inimest vajalikul hetkel õige asjaga aidata. Seda tuleb teha kindlasti koostöös meditsiinisüsteemiga ja vaadata ka, kuidas rahvusvahelistes terminoloogiabaasides on vaidlusaluseid termineid defineerinud. 

### Viidatud allikad

**Alderwick, H, Hutchings, A, Briggs, A, Mays, N.** (2021). The impacts of collaboration between local health care and non-health care organizations and factors shaping how they work: a systematic review of reviews. *BMC Public Health*, 21, 753.

**Hendrikson, R.** (2022). Defineerimine – kunst või teadus? *Õiguskeel*, 1.

**Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seadus.** (1999). *Riigi Teataja I*, 30.06.2023, 59.



**Kairiin Nuudi**  
ajakiri Sotsiaaltöö

## Sotsiaaltöötaja aitab rasketel ravikuuridel vastu pidada

Umeå ülikooli haigla vähikesksuse sotsiaaltöötaja **Mirjam Bergknuti** sõnul liigutakse Rootsis, nagu ka mujal, inimkeskse teenuste osutamise suunas. Sotsiaaltöötaja on vähikeskuses kõrgelt väärtustatud: ta toetab patsiente elukriisides ja praktiliste küsimuste lahendamisel.

### Palun rääkige natuke endast ja oma töökogemusest.

Olen teinud sotsiaaltööd ülikooli lõpetamisest, seega juba 25 aastat. Kogu aeg olen töötanud tervishoius. Enne vähikeskust, kus olen 2009. aastast, töötasin veel mõnes väiksemas asutuses, mis oli hea kogemus. Sain töötada patsientidega, kes olid haiglas väga erinevatel põhjustel. Mäletangi näiteks üht päeva, kui erakorralises meditsiinis puutusin kokku pussitamise ohvriga, siis käisin psühhiaatriaosakonnas, millele järgnes aborti teha soovinud naise nõustamine. Usun, et oli hea näha haigla sotsiaaltöö eri tahke. Haiglas puutusin kokku sotsiaaltöö kõiksugu suundadega, kriminaalhoolduse, lastekaitsega jne. Haiglasse tullaakse mõne haiguse või vigastuse tõttu, aga sotsiaaltöös tegeleme ikkagi kõigega, mis seal ümber toimub.

Töötasin mõnd aega ka erakorralises meditsiinis, siis operatsioonikeskuses.



Vähikeskuse sotsiaaltöötajana toetab Mirjam Bergknut inimesi nende elu ühes kõige keerulisemas olukorras. Foto: erakogu

Seal olid meie kokkupuuted patsientidega lühemad ja ka sotsiaaltöö n-ö rohkem era-korraline. Näiteks kui üksikema sattus auto-õnnetusse ja järsku jäid kolm last vanemliku hooleta, tuli leida kiire lahendus. See töö oli rohkem selline, et läksid hommikul kohale ja vaatasid, mis juhtuma hakkab.

Muidugi on ka onkoloogias kiireid ülesandeid, aga neid on vähem. Tegevus on rohkem planeeritud ja seetõttu tean ka paremini, milliseks tööpäev kujuneb. Aga eelnev kogemus tuleb siiski kindlasti kasuks.

Näen ka, et kolleegid, kes on enne haiglasse tööle tulekut töötanud sotsiaaltöö teistel ametikohtadel, toovad alati uue huvitava vaate kaasa, mida mul jällegi pole. Pean tähtsaks, et meil oleks erinev kogemus ja taust, sest ka vähikeskuses ei keerle kõik üksnes vähi ümber.

### **Raske diagnoosi saamine mõjutab väga erinevaid eluvaldkondi.**

Enne vähikeskust töötasin päris pikalt hematoloogiaosakonnas, kus olid nii vähidiagnoosi kui ka teiste verehaigustega inimesed. Hematoloogias on inimene palju pikemaid perioode haiglaravil, kuid onkoloogiapatsiendid tulevad üldiselt päevaravile ja lähevad seejärel koju.

Minu kogemus on, et pikk haiglas viibimine paneb inimesi end haigemana tundma. Kui sa ei saa olla kodus, siis võetakse ära oluline osa su elust: võimalus olla oma keskkonnas, näha sõpru. Psühholoogiliselt on see palju raskem ja suurendab ka riski, et jäädakse voodisse. Haiglas on sul tuba, kus on lihtsalt voodi ja tool. Jah, võid minna välja jalutama. Need, kes elavad Umeås, saavad hea enesetunde korral minna päeval korraiski koju. Aga meie keskusesse tullakse kogu Põhja-Rootsist, seega elab mõni 800 km kaugusel. Olles kohas, kus sa ei tunne kedagi, ei tea seda linnagi õieti,

istudki voodis ja vaatad telerit. See mõjutab otseselt seda, kui kaua kulub taastumisele. Haiglas olles jääd justkui kõrvale oma teistest rollidest: ema, sõber või töökaaslane. Aga kui ravi saadakse kodukohas ja enesetunne lubab, saab jätkata ka osaajaga töötamist ning säilitada mingi osa tavapärasest elust. See on väga tähtis.

### **Kuidas sai teist just tervishoiu sotsiaaltöötaja?**

Mind on alati paelunud tervishoiu need küljed, mis otseselt pole raviga seotud. Arstiks saada ma ei tahtnud. Kui õppisin sotsiaaltööd, siis päris varakult, juba esimesel aastal, kui külastasime erinevaid asutusi, käisime ka haigla lasteosakonnas. Seal sain aru, et haigete laste eest hoolitsemiseks pead saama ühise eesmärgi nimel töötama nii vanemad, õed-vennad kui ka kõik teised osalised. Vaja on koole ja muud nii lastele kui ka nende õdedele-vendadele, eriti kui nad elavad kaugel. Sain aru, et seda tahangi teha: aidata inimestel näha neid häid asju ja võimalusi, mis neil on, isegi kui nad on haiged.

---

### **Pikk haiglas viibimine paneb inimesi end haigemana tundma.**

---

See tõigi mind tervishoiu sotsiaaltöö juurde. Usun, et meie toetusel on tohutu mõju sellele, kuidas patsiendid raviteekonnal toime tulevad. Kui nende ümber on tugev sotsiaalne võrgustik, siis suudavad nad vastu pidada ka pikematel ja keerulisematel ravikuuridel. Nende vaimne tervis oleneb suhetest, aga ka sellest, kuidas nad majanduslikult toime tulevad. Sest kui oled haige ja kõige muuga on korras, saad keskenduda ravile, hiljem taastumisele. Aga kui sinu haiguse tõttu pole perel enam raha süüa osta, siis ... Siis mõjutab see, mitte küll alati, ka seda, kuidas ravi

õnnestub. Taastumine on vaevalisem, sest inimene muretsseb, ei saa korralikult magada.

### **Ja siin saabki sotsiaaltöötaja aidata.**

Räägime tervisevõrdsusest. Tegelikult pole inimeste olukord üldse võrdne, aga saame vähemalt proovida tasandada erinevusi ja kindlustada, et igal inimesel oleksid vähemalt sarnased võimalused oma tervise eest hoolt kanda. Tähtis on teha kõik võimalik, et see olukord ei oleks inimesele nii raske. Kuidas saame neid aidata, et nad tuleksid sellest läbi nii hästi kui võimalik? See on see, mis mind selle töö juures hoiab.

Rootsi tervishoius, aga usun, et ka mujal, on toimunud põhimõtteline hoiakute muutus. Aastaid tagasi oli keskmes haigus. Seejärel hakkasime rääkima patsiendi vaatest. Enam ei räägi me patsiendi, vaid inimese vaatest.

---

### Saame juba paremini aru, et terveks saamiseks on vaja palju enamat kui lihtsat õiget ravimit.

---

Nüüd oleme tegemas juba järgmist sammu: inimkeskse ravi juures oleme liikumas inimese kui oma elu eksperdi vaate suunas. Meie, spetsialistid, ei keskendu lihtsalt inimesele ja sellele, mida ta võiks vajada, vaid tõepoolest kuulame teda. Siin on vahe sees: see, mida peame inimese jaoks parimaks, ei pruugi seda olla tema enda arvates. Kuigi arst ütleb, millist ravimit tuleb võtta, on inimene see, kes teab, kuidas on tema jaoks seda kõige parem teha. Võimalusi arutataksegi koos. Saame juba palju paremini aru, et inimesel on terveks saamiseks vaja palju enamat kui lihtsalt õiget ravimit. Niisugune areng on muidugi rõõmustav. Aga kindlasti on meil veel palju ära teha, näiteks vähipatsientide taastumisel.

### **Ilusatest sõnadest peavad saama ka päris teod?**

Alguses olid tõesti lihtsalt uhked sõnad, nagu „inimkeskus“ ja „koostöö“. Nüüdseks oleme ikkagi juba ka tegudeni jõudnud. Näeme selle tulemusi, kui inimene on kaasatud ravi üle otsustamisse. Seda tehes, mitte püüdes kõigile sama raviskeemi pakkuda, on tõenäosus suurem, et inimene suudab kogu ravikuuri läbi teha. Võrdsus tervises ei tähenda, et kõigile pakutakse sama ravi, vaid pakutakse seda, mida igaüks vajab. See on raske ja võtab kauem aega. Aga ma ei arva, et ilmtingimata kallim.

### **Kindlasti erineb onkoloogiapatsientidega töötamine näiteks erakorralise meditsiini osakonnas töötamisest ka selle poolest, et teil tekib sügavam suhe patsientidega.**

Ma ei ütleks, et meil on patsiente, keda näeme aastaid, kuid mõned neist siiski käivad paar kuud ravil, siis on aasta või mõned eemal ja naasevad, sest haigus on tagasi või on mõni muu tagasilööök. Üldiselt on hea, et saame siis eelmise kontakti põhjal edasi minna. Nad tunnevad end turvaliselt ja teavad, et tean ka nende tausta.

Sama on ka siis, kui nad saavad sama arsti juurde minna, kelle juures on varem käinud. Kui inimene tunneb end turvaliselt, on teda ka lihtsam aidata, tal on lihtsam end avada ja oma murest rääkida. Enamik patsiente püüab endiselt ise hakkama saada, ei taha kellelegi tülikis olla. Inimene võib öelda, et kõik on hästi, kuigi tegelikult vajab abi. Usalduslik suhe võimaldab neil öelda, et see mulle ei sobinud või sellest polnud kasu. Nad teavad, et neid kuulatakse ja neile soovitakse parimat.

Nüüd on patsiendid ka palju rohkem haritud oma ravi asjus. Uuritakse internetist oma diagnoosi ja ravi kohta ning osatakse ka asjakohaseid küsimusi esitada.

### Milline on teie tavaline tööpäev?

Vähikeskses on neli erineva ettevalmistusega sotsiaaltöötajat. Oleme kõik sotsiaaltöö haridusega, aga mina ja üks teine kolleeg oleme saanud ka psühhoterapeudi väljaõppe. Seetõttu tegeleme rohkem nõustamisega ja töötame vähem osakondades igapäevaküsimustega.

Tavaliselt kohtun mõne patsiendiga, kes alles alustab ravi või on ravi lõpetamas. Muidugi tekib kokkupuuteid ka vahepeal, aga üldiselt hoolitsevad nende eest sel ajal teised spetsialistid. Kui ravi kulgeb plaanipäraselt, vajatakse abi pigem praktilistes küsimustes. Ravi alguses ja lõpus tegeleme ikkagi elukriisiga, elu ja surma küsimustega, sellega, mis võib juhtuda või mis saab edasi. Ravi lõpetanud inimesed käivad taastusravil ja on suundumas tagasi tööle. Siis märgatakse, et ei suudeta päris niiviisi toimetada, nagu nad arvasid suutvat. Räägime neile, et pärast ravi on kindlasti aeg, kui nad ei tunne end kehaliselt või ka vaimselt samamoodi, aga nad ikkagi on sellest muutusest väga stressis. Just kognitiivne võimekus võib olla oluliselt vähenenud ravieelse ajaga võrreldes. Meil ongi patsiente, kes kardavad, et neil on kujunemas dementsus, sest nad ei mäleta enam asju, ei suuda enam rääkida päris nii nagu varem, ega keskenduda. Aga see on keemiaravist ja vaimsest pingest, mis raviga kaasneb.

Töötangi paljude inimestega just taastusravi ajal, mis on keskmiselt pool aastat või isegi kuni aasta, sest sellega toime tulemine võtab aega. Muidugi oleneb see ka sellest, millist ravi on saanud. Siis keskendume teraapias üldiselt sellele, et inimene saaks uuesti tunda õppida ennast ja oma piire: tihti püüavad nad jätkata samade asjadega, mida tegid enne haigust. Oma mina tuleb justkui uuesti luua, mõista, et see olengi nüüd mina: mul pole enam samasugust võhma, mu kognitiivne võimekus on nüüd

selline, aga neid ja neid asju saan teha. See on inimestele tõesti raske. Aga on ka neid, kes mõistavad, et kui nad pidid vähi tõttu oma elu pausile panema, siis on palju asju, mida nad pärast ravi tegelikult enam ei soovigi oma ellu tagasi tuua. Ka selles mõttes tuleb end justkui uuesti luua.

### Millega te veel tegelete?

Käime ka osakonnas inimeste juures ja koosolekutel, peame loenguid meedikutele, et nad oleksid paremini kursis patsiendi elu eri tahkude ja hooldusega. Püüame eelkõige just õdedele õpetada, et enda eest tuleb samuti hoolt kanda, sest nad kipuvad tegema patsientide heaks kõike. Minu arvates ongi praegu üks tervishoiu ümberkujundamise külg see, et me ei peaks nii palju patsiendi eest ära tegema, vaid laskma tal endal teha iseenda heaks ära nii palju kui võimalik. Kipume neid liiga palju aitama ja rohkem hospitaliseerima, kui oleks vaja, kuigi kodu on üldiselt ikkagi inimese jaoks parim koht. Räägime ka meeskondades päris palju sellest, et kõik osalised näeksid selgemalt oma rolli patsiendi raviprotsessis ja õpiksid ka enda eest hoolt kandma.

---

Meie toetusel on tohutu mõju sellele, kuidas patsiendid ravitekonnaval toime tulevad.

---

Koroonaga jäid kõik tugigrupid ära, aga nüüd tasapisi jälle alustame ka nendega, nt eakate patsientide, kaasade, väikelastega patsientide tugigrupid, et nad saaksid omavahel tuttavaks ja üksteist toetada.

Kõige suurem osa tööst on mul siiski seotud teraapiaga. Kolleegid, kellel pole psühhoterapeudi väljaõpet, töötavad rohkem ravil olevate patsientidega ja kriisijuhimisega, samuti praktiliste küsimustega.

### **Kas iga patsient, kes keskusesse saabub, tuleb kohe ka sotsiaaltöötaja juurde?**

Arstid ja õed pakuvad kõigile sotsiaaltöötajaga kohtumise võimalust. Kõigile, kellel on kuni 18-aastased lapsed, soovitatakse sotsiaaltöötaja tuge ja rõhutatakse seda võimalust eriti. Kedagi muidugi ei kohustata selleks. Tegelikult poleks meil kõigiga kohtumiseks ka võimekust.

### **Kui palju teete koostööd teiste spetsialistidega väljaspool haiglat, näiteks omavalitsuse sotsiaaltöötajatega?**

Mitte eriti palju. Muidugi suuname patsiente sotsiaaltöötajate juurde ja aitame neil leida õiged kontaktid, aga sellega tihti asi ka piirdub. Töötasin paar aastat ka esmatasandi tervishoius. Meil oli mitu kootöövormi, töötasimegi koolide, kohaliku sotsiaalosakonna, sotsiaalkindlustusameti, töötubürooga. Seal oli sellist koostööd palju rohkem. Kohtusime kord nädalas, rääkisime patsientidest, kes olid seotud kõigi nende asutustega, et leida parimaid lahendusi.

Vähikeskuses on koostöö seotud peamiselt lastega. Muidugi võtame kohaliku sotsiaaltöötajaga ühendust, kui näeme, et inimesel on probleeme töötusega, uimastite või alkoholiga, aga me ei tööta koos nii, nagu esmatasandil. Arvatavasti ka seepärast, et paljud patsiendid pole Umeåst. Kui sellist tuge on vaja, eeldan, et seda pakub nende kodukandi haigla või perearst.

### **Koostöö esmatasandi tervishoius tundub teil hästi toimivat.**

See tegi töö palju lihtsamaks. Meil olid võrgustiku kohtumised nii koos patsiendiga kui ka ilma. Muidugi pidi patsient igal juhul nõus olema. Aga kui meil need kohtumised olid, siis patsiendid mõistsid, et nagunii räägivad spetsialistid ka omavahel. Kadus ära see, et ühele räägiti mingi osa loost, teisele

teine. Kui nad teadsid, et me omavahel suhtleme, hakati kõigest ka avatumalt rääkima, see muutis abistamise lihtsamaks.

Tegelikult toimib koostöö ka haiglates, nt eakate puhul, kes koju naasevad. Siis üldiselt ikka käib keegi tema piirkonnast haiglas ja arutatakse, mida on inimesel koju jõudes vaja: kas koduteenuseid, abi ravimite võtmisel vm. Planeerimine tehakse ära ja edasi läheb juba sujuvamalt. Sellest saab kasu ka haigla, sest väheneb tõenäosus, et patsient jõuab tagasi. Kuigi esialgu kulutatakse sellele raha, hoitakse kokkuvõttes ikkagi palju ka kokku, sest inimesed ei ole nii palju haiglaravil. Muidugi on siin oma puudused, aga põhimõtteliselt tundub see mulle hea viis asju teha.

### **Kui hästi on teil sotsiaal- ja tervishoiuteenused lõimitud?**

Minu isiklik kogemus vähikeskuses on positiivne. Teeme koostööd ja mõistame üksteist hästi. Meditsiinitöötajad peavad meie panust oluliseks ja väärtustavad seda. Tean, et on ka kohti, kus see nii hästi ei toimi. On kliinikuid, kus üldine suhtumine on, et sotsiaaltöö ei peaks olema tervishoiu osa. Mõtteviis on midagi sellist, et tegeleme nende asjadega pärastpoole või kuskil mujal. Aga see ei toimi, inimese jaoks on need omavahel seotud.

Tuues sotsiaaltöö tervishoidu, näeme ju tegelikult kasu ka selles, et patsiendid suudavad tõenäolisemalt kogu raviprotsessi läbi teha, neil läheb paremini, minnakse kiiremini tagasi tööle. Tehes seda õigesti, on ka tulemused näha. Pigem on selline suhtumine kliinikutes, kus patsient viibib lühemat aega. Osakonnad töötavad erinevalt, kuid vähemalt meil on ülimalt tähtis töötada koos. Kui sotsiaaltöötaja ei oleks inimesele selles protsessis toeks, siis mõnigi patsient lihtsalt ei suudakski seda läbi teha. Meie keskuses teavad seda ka meditsiinitöötajad ja oskavad

meid hinnata. Meie vahel pole ka pinget, kes on tähtsam.

Tean, et esmatasandi tervishoius on Rootsis praegu suur vaidlus, kas seal peaks töötama sotsiaaltöötajad või psühholoogid. Minu jaoks on see kummaline, sest nad ei tee ju samu asju. Muidugi on kattuvaid osi, kuid enamasti on see ikka väga erinev.

### **Samal ajal on teie töö ka nõustamine, psühhoteraapia ...**

Jah, aga mitte ainult. Psühholoogid ei loo jälle seoseid ühiskonnaga, nad ei tegele majandusliku poolega. Kui vaadata vaid ühisosa, kaob suurem pilt ära. Mõlemat on vaja. Sotsiaaltöötajaid on esmatasandil vaja, sest paljud inimesed ei satu sinna eelkõige oma kehalise haiguse tõttu. Palju rohkem on sotsiaalmajanduslikke ja vaimse tervise probleeme. Võttes sotsiaaltöötaja tervishoiust välja, jääb see seos loomata. Kui sotsiaaltöötaja on väljaspool tervishoidu, ei saa ta neid seoseid nii lihtsalt luua. Mulle tundub, et püüame jälle asju eri kategooriatesse lahterdada, toetada inimesi nii, nagu saaksime tegeleda iga inimese elu tahkudega eraldi. Aga see pole võimalik. Me ei saa tegeleda inimese tervisemurega, kui seda mõjutavad teised eluvaldkonnad.

### **Et tegeleme kõigepealt tervisega, siis võtame ette sotsiaalse poole ...**


Jah. Meil on ka tervishoiu sees juba piisavalt probleeme, et tegeleda füüsiliste ja psühhiaatriliste haigustega korraga. Kui meil on patsient, kellel on nii vähk kui ka skisofreenia, siis peame tegutsema terviklikult. Tegelikult on sama ka töötusega, uimastisõltuvusega. Kui me seda ei näe, ei toeta inimest kui tervikut, siis on see probleem.

### **Mida arvate sellest, et nüüd on Rootsis tervishoiu sotsiaaltöötajatel vaja töötamiseks litsentsi?**

Arvan, et see on hea. Seda oli vaja, sest kõigil teistel, kes tervishoius töötavad, on litsents. See tagab ka patsiendi ohutuse, mis on tähtis. Siiski on see nõue veel liiga vähe aega kehtinud, et teha järeldusi.

Üks probleem võib olla, et litsentsi saamiseks on õpingutes vaja lisa-aastat. Nagu alguses rääkisin, usun, et tervishoiu sotsiaaltöö võidab sellest, kui inimesel on eelnevalt ka sotsiaaltöö mõne teise valdkonna kogemus. Lisa-aastaga kaob justkui see võimalus ära ja rohkem on edaspidi neid, kes tulevad otse koolist. Loodan, et mõne aasta pärast leitakse ka lahendus, mis lubaks eriala vahetada, nt võimaldatakse lisa-aasta teha töö kõrvalt väiksema koormusega. Muidu kaotame selle olulise pädevuse, mille toovad tervishoidu need, kes on varem mujal töötanud. Aga kindlasti on siin positiivset ikka rohkem. See, et saame nüüd teistega võrdselt rääkida, mis täpselt on meie pädevuses, mida võib sotsiaaltöötajalt oodata ja kust lähevad sotsiaaltöö piirid.

### **Mille üle te tervishoiu sotsiaaltöötajana uhkust tunnete?**

Olen uhke, et saan toetada inimesi nende elu ühes kõige keerulisemas olukorras, kui tõesti on tegemist elu ja surma küsimusega. Saan aidata inimesi elu selle poole juures, kui teatakse, et mõne aja pärast surrakse. Inimene teab, et haigus võtab tema elu ja mina aitan teda praktiliselt, nt kuidas jätkata töötamist võimalikult kaua, aga ka sellega, et mõtestada, kas elu, mis lõppeb mõne aasta pärast, on elamist väärt. Kui suudan aidata inimesel leida tasakaalu, ongi see kõige parem asi minu töö juures. Muidugi ka see, kui saan aidata vanematel lastega haigusest rääkida nii, et nood mõistavad, mis toimub, ja nii, et nad ei pea olema hirmul. 



**Regina Lind**  
ajakiri Sotsiaaltöö

## Perearst Diana Ingerainen: „Integratsioon on usu küsimus“

Esmatasandi tervishoiu arengukava juhtrühma liige, perearst **Diana Ingerainen** peab sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna koostööd äärmiselt tähtsaks. Ta on osalenud ka hoolduskoordinaatsiooni projektis, mis kinnitas tema arvates, et huvi ühise tegutsemise vastu on mõlemal poolel: inimene on tervik ja eesmärk on tema elukvaliteeti parandada.

### **Milliseid tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna seoseid oma töös näete?**

Seosed on ilmsed. Nüüd, kui olen siin Õismäel 25 aastat töötanud ja kõik majad läbi käinud, näen ka oma kogemuse pealt, et ongi nii, nagu sotsiaalteadlased oma aruanetes välja toovad: inimestel, kes on sotsiaalselt vähem kindlustatud, kes on venekeelses keeleroumis, on tervis sageli viletsam ja hakanamasaamine keerulisem. See joonistub välja ka statistikas: mis haigustesse, kui vanana ja mis tingimustes surrakse. Vaadates, mis inimese tervist mõjutab, tuleb tunnistada, et keskkond ja haridustase mõjutavad hulga rohkem, kui meditsiin. Juhtivalt ikkagi mõjutab geneetika.

**Ka teistpidi on seos: kui on tervisemure ega saada abi, kannatavad ka teised eluvaldkonnad.**



Foto: Julia-Maria Linna, Med24



Täiesti! Näiteks on uuringutega kindlaks tehtud, et kolmandik Eesti eakaid kannatab valude tõttu sedavõrd, et see raskendab oluliselt hakkamasaamist igapäevatoimetustega. Paljudel on depressioon. Need on ju asjad, millesse saaksime ravimitega sekkuda.

### **Kuidas saaks teie arvates tervise- ja sotsiaalvaldkonna koos toimima panna?**

Olen alati pidanud oluliseks tervikvaadet. Inimene on tervik, teda ei saa tükeldada. Ka tervishoius on väga vale, kui ortopeed tegeleb ainult põlvega ja silmaarst silmaga. Perearstidel on vaade kindlasti laiem, kuid ikkagi liiguvad mõtted eeskätt organismi toimimise ja võimalike haiguste peale, mitte patsiendi sotsiaalsele toimetulekule. See ei ole selline asi, mida meile sisse treenitakse: esitada ka küsimusi, mis aitavad aru saada inimese hakkamasaamisest tema elukeskkonnas.

---

[Inimestel, kes on sotsiaalselt vähem kindlustatud, kes on venekeelses keeleruumis, on tervis sageli viletsam ja hakkamasaamine keerulisem.](#)

---

Valdkonnaülene terviklik käsitlus ei ole Eestis veel valdav. Iga spetsialist vaatab oma mätta otsast, tegutseme autonoomselt, selmet leida ühisosa ja teha koostööd. Meie väga autonoomsete pesade lõimimine on keeruline. Mitte sellepärast, et meil ei oleks raha või inimesi. See on mõttemaailmas kinni.

Uuringud on näidanud, et isegi tervishoius võib inimene kergesti n-ö kukkuda eri teenuste vahele. Kui rääkisin 2011. aastal haiglate liidu konverentsil võimalusest, et perearst saaks andmed ette saata ja kasutada eriarsti e-konsultatsiooni, naerdi mind välja. Nüüd e-konsultatsioon õnneks toimib

ja on peaaegu kõigil erialadel olemas. Kui meil tervishoiu sees läks üle kümne aasta, et mõttemaailma muuta, siis kardan, et ka sotsiaalhoolekandega teenuste lõimimine on keeruline.

Ma ei arvaks, et see on üldse võimalik, kui mul poleks endal vastupidist kogemust.

Hakkasime juba 2015. aastal perearstide seltsi algatusel kirjeldama, miks on kahe valdkonna koostoimet vaja. Võtsime kasutusele riskipatsiendi raviplaani. Praeguseks on sellest saanud terviseplaan: me ei otsi enam nii palju haigusi, kuivõrd alles jäänud tervist ja vaatame, mis on eesmärgid, et inimene paremini hakkama saaks, ja milline võrgustik on tema ümber. Plaani osa on ka sotsiaalteenused. Uut töötamisviisi prooviti 11 paigas kogu Eestis. Projekt läks alguses keeruliselt just suuremates linnades ja palju edukamalt väiksemates kohtades, näiteks Räpinas või Kuressaares, kus perearstide ja sotsiaaltöötajate suhtlus on tavapärasem.

Olen osalenud ka hoolduskoordinatsiooni projektis, natuke aidanud seda välja mõelda. Idee oli, et hoolduskoordinaatori võtab tööle perearstikeskus või kohalik omavalitus. Osalesime projektis ühe aasta. Mida aeg edasi, seda paremaks läks. Meil läks veel nii hästi, et hoolduskoordinaator Tiiu Rudov sai tööruumid siia Järveotsa perearstikeskusesse. Perearstil, pereõel oli ikka väga hea, et kohe kõrval oli inimene, kellega sai rääkida ja mure üle anda. Saime teha turvaliselt juhtumiarutelu, teades, et Tiiu tegeleb selle asjaga edasi. Näiteks üks minu nimistu sügava füüsilise puudega naine sai tänu sellele duši, enne oli vann, kuhu ta ei saanud sisse. Oli ka teistpidi liikumist, lõpus isegi natukene rohkem, kui sotsiaaltöötajad märkasid, et tervishoiuteenus on vaja. Aga siis lõppes projekt ära ja perearstid vaatasid minu otsa: kuhu Tiiu jäi? Tegelikult on vajadus selgelt olemas.

**Sotsiaaltöötajadki on välja toonud, et tahaksid paremat koostööd perearstidega, näiteks võiks perearstid jõuda valdkonnaülestes töörühmade koosolekutele.**

Miks perearstid ei tee seda, mida neilt oodatakse? Pigem võib-olla kardetakse, mis sellest saab. See kõik võtab aega. Olen olnud volikogu sotsiaalkomisjoni liige ja nüüd osalen eksperdina. Saan aru, et minust ei olene midagi. Tore on ikka rääkida ja arutada. Aga tavaliselt, kui arst on ruumis, siis esitatakse hoopis isiklikke küsimusi. Mulle tundub, et teemapüstitus on juba selline, et ei osata vaadata ühisasja, ollakse isegi süüdistavad ja ründavad. Olen tajunud ka haridustöötajate ja lastekaitsjate vahel aeg-ajalt sellist pinget, samamoodi tervishoiutöötajate ja sotsiaaltöötajate vahel. Usalduslik suhe on alus, et saaksime hakata koos juhtumeid lahendama, nagu pean pälvima patsiendi usalduse, et ravi oleks tulemuslik.

Suhtlemine kipub mõnikord jääma ka liiga ametlikuks. Just eelmine kuu tuli lastekaitselt kiri. Lugesin kaks korda läbi ja siis võtsin telefoni, et küsida, mida tegelikult on vaja. Selgus, et seoses hooldusõiguse vaidlusega vajati infot, kui palju on lapsed arstil käinud ja kas lapsevanem on adekvaatselt tegutsenud. Siis teadsin, mida ma kirjutan. Kui aga oleksin kirjale samamoodi formaalselt vastanud, siis mis suhtlemine see on?

Suhtlemiseks on vaja toimivaid ühiseid kanaleid. Kui diagnoosime tuulerõuged, saadame kiretu teatise terviseametile, kes fikseerib nakkushaiguse juhu. Aga kui näen väärkoheldud last, siis mul ei ole sellist kohta, kuhu kirjutada, olles täiesti veendunud, et see on turvaline ja lapse edasiseks abistamiseks on kõik kokku lepitud. Peaksin ikka kasutama telefoni või saatma krüpteeritud kirja, mis teeb asja väga kohmakaks. Mida keerulisem on lahendus, seda vähem seda kasutatakse. Oleme perearstide

seltsiga juba peaaegu kümme aastat rääkinud, et vajame sellist kanalit. Ja kogu aeg on lubatud, et tuleb terviseinfosüsteemi ja sotsiaalkindlustusameti iseteeninduse (SKAIS) või sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregistri (STAR) integratsioon. No ei ole tulnud! Aga nüüd on esimene pääsuke: terviseinfosüsteemi tehti uus aken, kus näeme patsiendiga seotud isikuid. See on väga oluline näiteks eestkoste korral: kui kirjutan inimesele ravimi, kes siis selle välja ostab. Oleme võtnud oma nimistusse Väana-Viti hooldekodu elanikud, mõne eestkostja on sugulane, teisel hoopis vald. Samuti näeme süsteemist, kui inimesele on määratud puue või osaline töövõime.

---

**Inimene on tervik, teda ei saa tükeldada.**

---

Arvan, et andmekaitse piirangute taha poetakse rohkem, kui need tegelikult suhtlust takistavad. Kas meie praegune kanal telefon on siis nii hullusti kaitstud? Usun, et kui tunnetame vajadust infovahetuse järele ühiskonnas selgemalt, küll me siis selle ka ära lahendame nii, et inimeste andmed oleks kaitstud. Kõik on tehtav.

**Kust peaks alustama, kui integratsioon on üks riiklik põhiküsimus?**

Arvan, et sellise mudeli kasutusele võtmine, mida hoolduskoordinatsiooni projektis prooviti, ongi õige. Käisin kevadel Raplas konverentsil, kus tutvustati projekti vahetulemusi. Lõimitud korraldus toimib hästi niimoodi, et igas suuremas perearstikeskuses on hoolduskoordinaator. Mis koormusega ta töötab, oleneb piirkonna struktuurist ja sellest, kui vanad on seal sed elanikud. Eesti on väike küll, aga paikonniti väga erinev. Seda peab arvestama.

Tiheasustusega kohas, nagu Haabersti, piisab ühest koordinaatorist 50 000 inimese peale täiesti. Meile võib tunduda, et sekkumist vajavaid juhtumeid on palju, kuid sellised juhtumid lihtsalt jäävad tööpäevast rohkem meelde, sest need ei saanud lahendust või olid keerulised.

---

### Hoolduskoordinaatori teenus võiks olla kõigile – nii spetsialistidele kui ka inimestele – vaba juurdepääsuga.

---

Projektis said kõik, kes märkasid, et inimene vajab mitme valdkonna teenuseid, anda sellest hoolduskoordinaatorile teada. Hoolduskoordinaatori teenus võiks olla kõigile – nii spetsialistidele kui ka inimestele – vaba juurdepääsuga. Nagu praegu on ukstel silt „pereõde“, ja tema juurde saab registreerida. Ja teine asi, et hoolduskoordinaator saaks ise suunata inimese otse teenustele, mitte ei peaks esitama selleks kuskile taotluse, kus seda veel menetletakse. Hoolduskoordinaatoriks sobib inimene, kellel on tervishoiu või sotsiaaltöö haridus. Muidugi tuleb kasuks kogemus, aga väga tähtsad on ka isikuomadused: õppimisvõime, lahendustele orienteeritus, oskus märgata võimalusi, kuidas teenuseid loimides muuta inimese elukvaliteet paremaks.

Hooldusvajaduse hindamine võiks olla kogu Eestis ühtsetel alustel. Selleks kasutatav töövahend peaks olema valideeritud, digitaalne ja ise koguma andmeid, mis on süsteemides juba olemas, nagu teeme mootorsõidukijuhtimise tervisetõendit, et neid ei peaks mitu korda sisestama. Kui on küsitavad kohad, saaks spetsialist juhtumipõhiselt asja täpsustada, anda oma eksperdihinnangu, teistega arutada.

### Kas käsitlesite neid küsimusi ka aasta lõpus valmivas esmatasandi tervishoiu arengukavas?

Jah, seal on kolm suurt suunda, millest üks on inimkesksus. Seda järgida holistilise arusaamata ei olegi võimalik. Arengukava on taotluslikult idealistlik. Käsitleme hästi palju ka koostööd kogukonnaga. Kogukonnateenuste mõiste on ka vaimse tervise arengukavas. Professor Merike Sisask selgitas seda nii, et teenus peab tekima rohujuuretasandilt.

Proovisime ka oma perearstikeskusega üht kogukonnateenust, kaasates kunstiakadeemia teenusedisainerid ja Haabersti noortekeskuse. Meie keskusel on oma teraapiakeskus, kus töötavad psühholoogid ja füsioterapeudid. Panime pead kokku ja mõtlesime, kuidas saaks pakkuda tegevusvõimalusi noortele, kes on jõudnud koju pärast depressiooni, ärevushäire või vaimse tervisega seotud muu seisundi aktiivravi. Pakkusime võimalust käia noortekeskuses ja noored ise ütlesid, mida nad tahaksid koos teha ning kuidas neile meeldiks, et see nende jaoks jätkuks. See oli tervisekassa rahastatud projekt, mis võimaldas maksta töötasu ühele inimesele, kes kutsus noori kokku, leidis aja ja ruumid. Jälle koordinaator, kes valdkondade tegevust koordineerib! Tasu said ka rühmade juhendajad. Tulemus oli väga hea, noored jäid rahule, et selline võimalus oli.

Esmatasandi arengukava seab sihid, kuhu tahame aastaks 2035 jõuda. Loodan, et läheb nagu eelmise arengukavaga ja saame mingid asjad juba enne valmis. On hea, et sotsiaalministeerium näeb ette arengukava kõrvale ka rakenduskava. Tegime ettepaneku, et selle elluviimist jääks jälgima laiapõhjalisem nõukoda, kes vaatab, kui kaugel kavandatud arenduste järg on. Tulevad ka näitajad, mille abil edasilükkumist mõõta. Näiteks on seal eesmärk, et kõik inimese

tervise heaks tegutsevad spetsialistid peavad olema pädevad ja oma pädevust uuendama. Kõige mõistlikum on, kui nõuetele täitmiste võimalusi korraldab asjaomane erialaorganisatsioon.

Arengukavva kirja pandavad põhimõtted kehtivad kõigile inimese tervise heaks tegutsejatele: vaimse tervise spetsialistidele, füsioterapeutidele, kiirabi ja haigla töötajatele, perearstidele, hambaarstidele, kindlasti ka sotsiaaltöötajatele. Ka arengukava teiste suundade juures, mis näevad ette, et esmatasandi tervishoid on jätkusuutlik ja tervishoiuteenused on inimesele ohutud ning kvaliteetsed, on koostöö sotsiaalvaldkonnaga kindlasti tähtis. Missioon on, et hoitud on Eesti iga inimese tervis. Üks väärtus, on et oleme koostöökesksed. Kui esmatasand on tugev, siis see on vundament järgmise taseme teenustele, kus läheb juba spetsialiseerumiseks. Paljude komponentidega on juba praegu hästi, mis ei ole Euroopas nii tavapärane.

### **Kas midagi jääb ikkagi ka vajalike teenuste kättesaadavuse taha?**

Ütleksin, et aastatega on asjad läinud palju paremaks. Meie pereõde käis kevadel ühes kodus, kus oli kohutav olukord ja sotsiaaltöötajad olid peaaegu kohe kohal, kui nad teada said. Aga asja teeb keeruliseks see, kas inimene muudatusega ka nõus on, isegi kui hinnangu järgi on seda vaja, näiteks et parim variant oleks hooldekodu. Siis ongi kohalik omavalitsus hädas, sest neil ei ole pakkuda teenust sellises ulatuses, mida inimene vajab ja tahab. Ka meil ei ole võimalik käia inimese juures nii sagedasti. On keeruline. Ühest küljest anname inimesele otsustusõiguse, aga teisest küljest ei suuda tagada tema soovidele vastavat abi.

Õismäel on vananemine toimunud kuidagi hüppeliselt. Varem oli vähemalt 80-aastane vastuvõtul haruldane, nüüd tavaline. Eaga tervis halveneb, seetõttu on vanemaaliste patsientidega palju rohkem tööd: kõik haigused, raviskeemid üle vaadata, muutusi jälgida. Meie tegutsemine peaks olema vajaduspõhine, teisiti ei saa. Küsides, kas teenuseid saab kasutada vajaduse alusel, tundub mulle, et selle kohta ei ole andmeid, sest vajadusi ei ole objektiivselt hinnatud.


### **Mida sooviksite lõpetuseks öelda?**

Olen isiklikult mitmel tasandil tunnetanud, et kui koostöö paraneb, siis mõlema osalise, nii tervishoiutöötaja kui ka sotsiaaltöötaja töö lihtsustub, mitte ei muutu keerulisemaks. Kui seda tajutakse, inimesed tunnevad ikkagi otsest kasu, siis selle nimel ka tegutsetakse. See on usu küsimus.

---

**Kõik inimese tervise heaks tegutsevad spetsialistid peavad olema pädevad ja oma pädevust uuendama.**

---

Tean, et nii perearstide kui ka sotsiaaltöötajate hulgas on tõrksust seoses suure töökoormusega. Arvatakse, et teise valdkonnaga seotud ülesanded tulevad oma tööle veel juurde, aga sa ei jõua oma töödki ära teha. Peame õppima vaatama patsienti või klienti nagu tervikut, et see ei ole perearsti või sotsiaaltöötaja töö, vaid meil on ühine inimene. Eesmärk on tema elukvaliteeti parandada, mitte küsida, miks üks peab teise tööd tegema! Aga peaks jälgima, et abistajad, kes inimestega tegelevad, ka ise läbi ei põleks. Mõlema poole koormus peab olema normaalselt jaotunud. 



Merike Puusepp, MA

# Millist tuge vajab vähihaige õpilane koolis?

## KOKKUVÖTE

Vähk on haigus, mille kohta levib palju väärteadmisi ja -hoiakuid. Kuigi laps on haige ja saab ravi, jätkab ta oma elu. Koolis käimine pakub sotsiaalset ja arendavat tegevust ning on elu tähtis osa. Erivajadustest hoolimata on lapsel õigus haridusele. Õpingute jätkamiseks peavad olema kättesaadavad tugimeetmed ning toimima kodu ja õppeasutuse koostöö.

Minu uurimuse<sup>1</sup> eesmärk oli vähihaigete laste vanemate kogemustele toetudes välja selgitada, milliseid tugivõimalusi pakutakse koolides vähihaigetele õpilasele, arvestades tema hariduslikke erivajadusi, ja kuidas need kättesaadavad. Intervjueerisin vähihaigete laste vanemaid, kes töid välja ka kitsaskohti ja tegid nende lahendamise ettepanekuid.

Uuringust selgus, et kuigi paljudes koolides on tugispetsialistid, ei pruugi vähihaiged õpilased nende tuge saada. Tugimeetmed ei ole lapsevanemate hinnangu kohaselt piisavad, koduõppe korral jääb kogu vastutus vanemale. Laste õpet peaks korraldama paindlikult ja tuge tuleb pakuda ka vanematele.

## MÄRKSÕNAD

**Vähidiagnoos, hariduslik erivajadus, koostöö, tugisüsteem, kaasav haridus**

Lapse haigestumine vähki mõjub laastavalt nii lapsele kui ka tema perele: mängimine, sõpradega kohtumine ja koolis käimine asendub haiglaravi ning valulike protseduuridega. Koolis õppimine on lapse loomulik tegevus, see on üks valdkond, kus vähihaige laps üritab säilitada oma „normaalsust“

raskele haigusele vaatamata. Seetõttu on oluline julgustada last koolielust osa võtma nii palju kui võimalik.

Aga on selge, et õpinguid pole lihtne jätkata. On hulk takistusi, millega puutuvad kokku nii haige laps, tema vanemad kui ka kooli töötajad. Tähtis on, et õpilaste

<sup>1</sup> Tallinna ülikooli ühiskonnateaduste instituudis 2023. aasta kevadel kaitstud magistritöö „Vähihaige õpilase hariduslik tugisüsteem“, juhendaja Mare Leino.

toetamiseks oleksid kooli personalil õigete tugimeetmete ja võimaluste valimiseks teadmised ning oskused.

Lapsi, kelle õppimist mõjutab vähki haigestumine, on järjest rohkem, kuid nende hariduslike erivajaduste ja kooli naasmise kogemuste kohta on vähe teada eelkõige laste endi, nende vanemate ja õpetajate vaatenurgast. Tähtis on mõista nii vanemate kui ka laste kogemusi haridustee takistuste korral ja pärast ravi kooli naasmisel. Uurimuses keskendusime lapsevanemate kogemustele, kes rääkisid oma laste vajadustest ja neile vajalikest tugimeetmetest. Jagan ka kirjanduse põhjal saadud teadmisi vähi mõjust lapse tervisele ja võimekusele, vähihaigest lapsest kui hariduslike erivajadustega õpilasest ning kaasavast haridusest.

## Vähk lapseas ja tugi koolis

Lapseas vähk on peamine haigusseisund, mis ohustab laste elu kogu maailmas, haigestumus on kasvutrendis. Maailma terviseorganisatsiooni (2021) andmetel diagnoositakse igal aastal umbes 400 000 lapsel pahaloomuline kasvaja. Kõrge elatustasemega riikides jääb 80% vähki haigestunud lastest ellu. Kuigi eri haiguste levimus on piirkonniti erinev, on praegu levinumad lapseas vähid leukeemia, lümfoomid ja kesknärvisüsteemi kasvajakasvud (Steliarova-Foucher jt 2017). Eestis haigestub pahaloomulistesse kasvajatesse igal aastal keskmiselt 32 last ning 50 aasta jooksul on haigestumise arv märgatavalt suurenenud (Mägi jt 2022).

Vähk on raske kuluga haigus, mis kahjustab nii füüsilist kui ka psühhosotsiaalset toimetulekut, see mõjutab negatiivselt kõiki haige ümber (Chantarasap jt 2019, Paat-Ahi jt 2016). Lastes tekitab psühholoogilist stressi muutunud välimus, enesetunne ja see, et nad peavad olema teistest eraldatud

(Christensen ja Carlsen 2021). Ravi võib jätta lastele nii füüsilisi kui ka psühholoogilisi pikaajalisi kõrvalmõjusid.

Lapseas vähi põdemine võib mõjutada kogu järgneva elu kvaliteeti ja tekitada neuroloogilisi ning arenguprobleeme. Seetõttu on oluline varajane märkamine ja toetamine. Vähihaigusega lapse paranemiseks on vaja tervet meeskonda, väga tähtis on igakülgne tugi nii kodus, haiglas kui ka koolis või lasteaias.

Iga diagnoos ja kõik sellega kaasnev ning ka haiguse kulgu on väga erinev. Mõni laps tunneb ennast hästi ja suudab jätkata õppetööd nagu senini. Teise kognitiivsed ja motoorsed võimed võivad aga olla nii häiritud, et ta ei saa iseseisvalt liikuda, kahjustatud võib olla kõne, mõtlemine, käeline tegevus. Õpetajad ja kooli tugispetsialistid ei pruugi osata sellises olukorras õpilasi piisavalt toetada, sest neil puuduvad kogemused, teadmatust ja oskamatus tekitab hirmu ning kahtlusi (Otth ja Scheinemann 2022). Õnneks on vähihaigusega lapsi vähe, kuid sellest hoolimata peaksid koolid olema valmis, kui niisugune olukord tekib.

---

Tähtis on, et õpilaste toetamiseks oleksid kooli personalil õigete tugimeetmete ja võimaluste valimiseks teadmised ning oskused.

---

Tuge tuleks pakkuda vajaduse alusel, näiteks võimaldada õpiabitunde või tugispetsialistide teenust. Kui sellest ei piisa, siis kaasatakse õpilase toe vajaduse hindamiseks Rajaleidja keskuse kooliväline meeskond. Koostöös spetsialistidega leitakse õppe jätkamiseks sobivad lahendused. Rakendava toe maht ja sisu ei olene niivõrd õpilase diagnoosist või määratud puudest, kuivõrd

sellest, millist õppekorraldust ja tugiteenust konkreetne laps vajab.

Tähtis ei ole üksnes lapse akadeemiline võimekus, vaid ka sotsiaalne areng (Santos jt 2021). Vähki haigestunud lapsele on oluline, et ta saaks suhelda sõpradega, käia koolis ja jätkata elu võimalikult tavapäraselt.

### Kaasav haridus

ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsiooni (2012) artiklis 24 on öeldud, et osalisriikide üks suurem kohustus on tagada võrdsed õigused hariduses osaleda. Hariduse omandamiseks tuleb luua igale lapsele võimalused ja keskkond, mis toetab maksimaalselt tema akadeemilist ning sotsiaalset arengut.

Kaasava hariduse põhimõte on, et igal lapsel on diagnoosist või erivajadusest hoolimata õigus õppida elukohajärgses lasteaias ja koolis, kui vägegi võimalik, tuleks hoiduda lapse suunamisest eriõppeasutusse (Kukk 2007). Hariduslike erivajadusega laps võib vajada lisatuge õpiraskustest ülesaamiseks, kuid ta võib olla ka väga andekas – oluline on kohandada õpe lapse võimete alusel (Heinsar 2013). Õpetamisel ja arendamisel tuleb olla järjekindel. Kõik õpilased peaksid tundma end oma tugevatest või nõrkadest külgedest olenemata koolikogukonna osana (Otti 2012). Kaasamine tähendab, et ollakse paindlikud, esikohale on seatud õpilase vajadused, võimed, oskused ja huvid.

Täielik kaasamine on võimalik siis, kus on olemas hariduslike erivajadustega õpilasi toetavad õppevahendid, tugispetsialistid ja aeg. Tähtis on, et koostööd teeksid nii meditsiini-, sotsiaal- kui ka haridusasutused. (Kallaste ja Sõmer 2017)

### Miks ma selle teema valisin?

Uurimistöe teema kujunes välja minu lapse vähidiagnoosi ja protsessi tõttu, mis

oli seotud kooli ning õpingute jätkamisega. Ülikooli astumise ajal olin õpetaja hariduslike erivajadustega laste klassis. Märkasin, et kuigi Eestis on tehtud palju hariduslike erivajadustega laste õppekorraldust käsitlevaid uuringuid, ei ole vähihaigete laste tugisüsteemi uuritud.

Teiste lapsevanematega vesteldes sain aru, kui tähtis see on. Ka minu raske diagnoosiga poja õppetöö jätkamine oli alguses väga keeruline, sest puudus kooli ja tugivõrgustiku tugi, kes oleks meid toetanud. Arvan, et ükski kool ei tohiks selga pöörata õpilasele, keda tabab selline ränk diagnoos. Vastupidi, neid tuleb eriti innukalt toetada, märgata, abistada ja suunata õppetööd jätkama. Elu ei tohi seisma jääda isegi siis, kui laps saab vähidiagnoosi.

### Uuringu korraldus

Uurisin vähihaigetele õpilastele pakutavaid tugivõimalusi ja nende kättesaadavust, toetudes vähidiagnoosiga laste vanemate kogemustele. Täpsemalt soovisin teada saada, milliseid meetmeid vähihaigete laste õppe toetamiseks kasutusele võetakse, kuidas vanemad hindavad vähidiagnoosi saanud lapse tugimeetmete piisavust õpingute toetamiseks ja milliseid võimalusi tuleks koolides veel rakendada, et paremini toetada vähihaigete lapse hariduse omandamist.

---

Kaasamine tähendab, et ollakse paindlikud, esikohale on seatud õpilase vajadused, võimed, oskused ja huvid.

---

See oli kvalitatiivne uuring, andmete kogumiseks tegin poolstruktureeritud intervjuud. Osalejad leidsin Eesti vähihaigete laste vanemate liidu kaudu, seega oli mul nende lapsevanematega juba enne kontakt.

Uuringus nõustus osalema kuus lapsevanemat, kelle vähidiagnoosiga lapsed käisid või käivad Eesti üldhariduskoolides. Võtsin nendega veebi teel ühendust ja tutvustasin töö sisu ning eesmärki.

Kuigi olen ise iga päev teema sees, võtsin uurijana kõrvalseisja positsiooni ja aktsepteerisin vastajate arvamust ning seisukohti neid muutmata. Teema on väga raske ja emotsionaalne, kuid tundsin intervjuueeritavaid enne uuringut, seetõttu oli intervjuude õhkkond väga usalduslik ning sõbralik.

Andmeid analüüsisin sisuanalüüsi meetodil.

## Mis uuringust selgus?

### Esmane tugi ja õppimist puudutav info

Enamik vastanute sõnul oli vahetult pärast lapse diagnoosi teadasaamist keeruline õpingutele mõelda. Tunnustust pälvis vähihaigete laste vanemate liidu tugisiiknõustaja Luive Merilai, kes pakub peredele hingehoidu, kuulab ära ja suunab. Sellest on suur abi, sest diagnoosi saades ei tea enamik peresid, mida edasi teha ja kust abi saada. Uuringus osalejate arvates ei peaks lapsevanemad niigi keerulises olukorras hakkama ise infot otsima ega lahendusi leidma.

Toodi välja, et haiglates võiks olla spetsialist, näiteks sotsiaaltöötaja, kes õppimise küsimustes vanemaid ja lapsi nõustab, sest arstid on niigi ülekoormatud ega peaks sellega tegelema. Haiglas võiksid olla voldikud, kust saaks infot, kuidas ühe või teise vähiliigi korral õppetöö üldse toimima saada. Näiteks kui lapsel on ajukasvaja, siis kasvaja asukohast olenevalt võib see mõjutada paljusid funktsioone. „Minu arust võiks onkoloogiahaigla koridoris olla näiteks infolehed, mis annaksid ülevaate sellest, kuidas erinevad vähitüübid laste funktsioone ja seeläbi õppetööga jätkamist mõjutada võivad.

*Minul lapsevanemana on ise väga raske sellest kõigest aru saada ning kindlasti vajan kellegi targema ja kogenuma nõu.“*

Kui kooli on lapse seisundist juba teavitatud, siis võiks esmast tuge lapsele ja tema perele pakkuda ka kool. Kindlasti ei ole see kooli töötajate jaoks kerge: vähidiagnoos võib ehmatada, kuid nad võiksid olla sellisteks juhtumiteks valmis.

Haiglas oli perede suurim toetaja arst, kuid õpingute küsimuses saadi enim tuge klassijuhatajalt.

### Vähidiagnoosist tulenev erivajadus ja õpingute jätkamine

Õppetöö jätkamise tegi raskeks see, et nii haigus kui ka ravi mõjutavad paljusid funktsioone. Intervjuudest tuli välja, et kõik lapsed tundsid end ravi ajal väsinuna, tuju muutus, vähenes immuunsus, tekkisid mäluprobleemid, häiritud oli käeline tegevus ja mingil määral esinesid kõrvaltoimena valud. Häiritud oli ka mõtlemine ja õppetöö valmistas rohkem raskusi. Oli lapsi, kellel tuli hakata liikumiseks kasutama ratastooli. „On perioode, kus ta saab kõndida, kuid siis jälle muutuvad jalad nõrgaks. Olen tähele pannud, et peale kiiritusravi on muutunud lapse mõtlemine aeglasemaks ja ebakindlamaks, samuti on tõsiseid mäluprobleeme. Õppetööga saab ilusasti hakkama, aga iga tegevus võtab palju kauem aega kui enne.“

Lapsevanemad töid esile, et diagnoosiga kaasnenud erivajadus takistas õpingute jätkamist. Ei olnud lihtne mõista ega aru saada, milles laps lisatuge vajada võib. Lapsevanemate hinnangul on väga tähtis leida õppimise ja ravi tasakaal ning raviarsti, kooli ja lähedaste toel leppida lapse erivajadusega.

Kõik lapsevanemad mainisid, et diagnoosist olenemata võiksid lapsed saada



võimaluse õppida tavakoolis, sest neile on oluline kuuluvustunne ja teistega suhtlemine. Enamasti arvas ka raviarst, et last toetab igati see, kui ta saab jätkata õppetööd talle sobiva tempoga ega ole vaja elu seisma jätta. „Ma olen nii tänulik oma lapse raviarstile, kes minu last edasi õppima innustas ning mitte kunagi ei olnud juttu sellest, et kool peaks pooleli jääma. Nii tundis minu laps, et mingil määral läheb elu edasi nii, nagu see enne oli, ning see aitas mõtteid eemale saada ravist ja haigusest.“

### Õpingute korraldus ravi ajal

Lapsevanemate sõnul jätkasid lapsed õppetööd alguses koduõppe vormis, sest keemiaravi mõjus laastavalt lapse enesetundele, samuti tuli palju viibida haiglas uuringutel ja ravil. Kui keemiaravis tuli paus ja enesetunne oli parem, said lapsed koolis jätkata. Lapsevanemate arvates võiksid onkoloogiahaiglates olla haiglaõpetajad, kes aitaksid lapsi õpingutes ja hoiaks neid tegevuses. Enamasti korraldati koduõpe nii, et laps tegi e-kooli lisatud ülesandeid iseseisvalt, lapsevanema või tugiisiku juhendamisel, veebitunde õpetajaga ei toimunud. Uuringus osalenud lapsevanemate hinnangul selline õppeviis last eriti ei toeta ega motiveeri, sest tekib kiiresti tüdimus. Vanemad tundsid, et lisaks muudele kohustele pidid nad leidma aega ka õpetaja rolliks. „Kodus olles lihtsalt tuimalt ilma teisi õpilasi nägemata õppimine on väga igav ja kurnav. Isegi siis kui üritad emana lapse jaoks mingit režiimi luua, siis ühel hetkel see ikkagi kaob käest. Sest oma elu ja tegemised tulevad vahele. Ma ei saa ega peakski emana olema terve päeva oma lapse jaoks olemas ning ausalt öeldes ma ei ole ju õpetaja ja vajaksin selles lisaabi.“

Vanematel pole õpetajaväljaõpet ega kogemust, seetõttu on väga raske teadmisi edasi anda. Pakuti, et vanemaid tuleks oma

lapse õpetamiseks koolitada, kindlasti peab olema ka lisatoe võimalus. „Kui alguses tundus, et kodus iseseisvalt õppimine oli lapse jaoks täitsa huvitav ja midagi hullu nagu ei olnud, siis mingil hetkel hakkas tekkima tüdimus, tekkisid õpiraskused ning laps oleks vajanud tegelikult sellist võimalust, et saaks vahetult suhelda õpetajaga. Seda võimalust tal ei olnud. Arvan, et meile oleks võinud kooli poolt appi tulla keegi tugiisik või abiõpetaja, see oleks väga toetav olnud“.

Lapse tervises seisund võib kiiresti muuta, seetõttu on raske leida õppetöök õige viisi ja tempo. Koolid küll tahtsid abi pakkuda, kuid õpetajatel oli keeruline teadvustada, et vähidiagnoosiga õpilane kui erivajadusega laps vajab teistsugust suhtumist ja tugimeetmeid.

Üks lapsevanem rääkis, et tema laps pidi pärast ravi kooli minema ratastoolis. Tänu sellele, et koolis olid kaldtee ja lift, sai laps kenasti liikuda ning tugiisiku toel õppes osaleda. Ühel lapsel takistasid aga hariduslik erivajadus ja ravi kõrvalmõjud õpingute jätkamist nii palju, et kool tuli jätta pooleks aastaks pooleli.

---

Uuringus osalejate arvates ei peaks lapsevanemad niigi keerulises olukorras hakkama ise infot otsima ega lahendusi leidma.

---

Lapsevanemate sõnul on koduõppele jääd des hädavajalik, et laps saaks võimaluse osaleda õppetöös koos klassikaaslastega video vahendusel. Siis tunneks ta ennast klaasikollektivist osana ega võõranduks kaaslastest. „Tal ei ole enam motivatsiooni, sest ta päevad on kõik ühesugused. Kui oleks Zoomi õppe võimalus, siis ta peaks ennast korda tegema, riidesse panema ja näeks teisi

õpilasi. Aga kuna talle seda võimalust siiani ei ole pakutud, siis on see tema motivatsiooni kõvasti alla tõmmanud“.

### Kooli tugimeetmed ja kooliväline võrgustik

Enamik lapsevanemaid pöördus abi ja nõu saamiseks Rajaleidjasse. Koolivälist tugimeeskonda hinnati kõrgelt ja leiti, et see on oluline laste, vanemate ja koolimeeskonna nõustajana. Ka saab keskus koolile soovitada, millist erituge kohaldada. „Rajaleidja poole pöördusin ise ja sain nende käest väga palju abi. Kuna minu lapse diagnoosiga oli lapsel tekkinud vaegnägemine, siis tänu Rajaleidjale sain ülevaate võimalustest ja sellest, et õppetööga saab jätkata ning mind saab nõustada ka pimedate laste erikool.“

Koolis pakuti lastele erinevaid tugimeetmeid, nagu abiõpetaja, üks-ühele õpe, individuaalse õppekava koostamine, õppekava muutmine vastavalt lapse võimekusele, ülesannete mahu vähendamine ja lihtsustamine, tempo muutmine olenevalt tervislikust seisundist, tugiisiku ja klassijuhataja tugi ning eriõppevahendite soetamine.

Kuigi pakutava toega jäädid üldiselt rahule, ei olnud need võimalused alati kättesaadavad, näiteks individuaalne õppekava koostati vastanute lastest vaid osale, kuigi see oleks aidanud lapse erisusi paremini arvestada. Enamik lapsi sai siiski jätkata õpinguid riikliku õppekava järgi.

---

**Koduõppele jäädes on hädavajalik, et laps saaks võimaluse osaleda õppetöös koos klassikaaslastega video vahendusel.**

---

Koduõppel kippus suhtlus kooliga mõnikord aga ära kaduma. „Tegelikult pole koolilt muud tuge saanud, kui ainult

klassijuhatajalt. Kooli logopeed võttis meiega korra ühendust ja see jäigi ainukeseks korra. Direktor on meiega ühendust võtnud ainult selleks, et allkirjastada dokumente. Sooviksime rohkem tuge, sest hetkel oleme kuidagi nagu kõrvale jäetud.“

Lapsevanemate sõnul peaks kool ja tugipersonal toetama klassijuhatajaid ega jätma neid üksi. Nii õpetajad kui ka koolimeeskond vajaks lisakoolitust, et osata rohkem toetada vähihaiageid õpilasi ja nende toime- tulekut haridussüsteemis.

Need lapsed, kellel oli õppimises ja muus tegevuses toeks tugiisik, said nii koduõppel kui ka kontaktõppel paremini hakkama ning vähenes lapsevanema koormus. Kahjuks on head tugiisikut keeruline leida, sest neile makstakse väikest palka ja töö käsunduslepingu alusel ei motiveeri. Sotsiaalsüsteem vajaks vanemate sõnul reformi, mis muudaks tugiisikute kättesaadavuse paremaks. „Tugiisikute palkamise tuleks teha süsteemimuudatus, kuna hetkel on selline olukord, et neid on väga raske leida. See surub vähihaigete laste vanemad nurka, nad ei saa minna tööle ning vanem on raskes seisus. Vanemate kurnatus ja väsimus mõjutavad omakorda ka last.“

Kooli tugispetsialistidena nimetati sotsiaalpedagoogi, eripedagoogi, psühholoogi, HEV-koordinaatorit ja logopeedi. Kõiki spetsialiste aga ei ole igas koolis ja isegi kui on vaja lisatuge, ei pruugi vähidiagnoosiga laps teenusele pääseda. Lapsevanemate sõnul ei ole nendega ühendust võetud ega lisatuge pakutud. „Minu lapse koolis on tugipersonali palju, on psühholoog, logopeed, sotsiaalpedagoog, HEV-koordinaator, eripedagoog. Kuigi nad kõik osalesid koosolekul ja arutelul, ei ole minu laps nendelt mitte ühtegi tuge ega kokkupuudet saanud.“

Vastajatele tundus, et vähihaiageid lapsi ei käsitleta hariduslike erivajadustega

õpilastena ja seetõttu jäetakse nad tugiteenustest ilma. Üks vastaja kirjeldas meeldivat koostööd kooli sotsiaalpedagoogiga, kes võttis vanematega ise ühendust ja pakkus kohe oma tuge ja abi: „*Tihe koostöö on siiani, sotsiaalpedagoog on käinud lapsega kodus tegelemas ning samuti on aidanud organiseerida invatransporti.*“

Üks lapsevanem tõi välja, et kuigi koolis on psühholoog, pidid nad lapsega käima psühholoogi juures väljaspool kooli. Tugiteenused on raskesti kättesaadavad, seepärast on aegu spetsialistide juurde aidanud leida ka vähihaigete laste lapsevanemate liit ja maksnud tasuliste teenuste eest. See on suureks abiks, sest võitlus vähiga on karm ja psühholoogilisest toest ilmajäämine võib omakorda tekitada uusi probleeme.

### Lapse motivatsiooni hoidmine

Lapsevanemate hinnangul on eriti oluline igati hoida vähihaige lapse õpimotivatsiooni. Õpilase motiveerimine ei tohiks vastajate sõnul jääda vaid koduste kohustuseks. Seega on oluline, et lapsevanemad, kooli tugipersonal ja klassijuhataja teeksid koostööd ning pakuksid tuge üheskoos. „*Kõik, kes lapsega kokku puutuvad selles protsessis, peaksid suurt rolli mängima vähidiagnoosi saanud õpilase õppe ja motivatsiooni toetamisel. Teisiti ei saakski! Kindlasti ei tohiks see vastutus jääda vaid lapsevanema kanda.*“

Motivatsiooni suurendamiseks esitati erinevaid ideid: pakkuda vähidiagnoosiga lapsele võimalust osaleda tundides Zoomi vahendusel, võimaldada suhtlemist klassi üritustel jms. „*Klassijuhataja võttis minu lapsega aeg-ajalt ühendust ning tugiisikuga koos sai ta käia klassi väljasõitudel. Kuna õues viibimine oli lapsele lubatud ja õues viirused nii ei levi nagu toas, siis mu laps käis tugiisikuga matkadel kaasas. See mõjus talle väga hästi.*“

Lapsevanematele meeldis mõte, et sellistele õpilastele võiks anda võimaluse koolitundides osaleda ka eemalt, juhivate avatarrobotite kaudu, kes nende eest kooli lähevad. Lapsevanemate sõnul loob teaduse areng lastele tulevikus erinevaid võimalusi.

### Kokkuvõtteks

Uurimistöo pakkus vähihaigete laste vanematele võimaluse hinnata vähihaigete laste õppe toetamiseks koolides rakendatavate tugimeetmete piisavust ja tõhusust ning teha kitsaskohtade lahendamise ettepanekuid.

**Koolidele** tehti järgmised ettepanekud:

- Igale vähidiagnoosi saanud õpilasele tuleks koostada individuaalne õppekava.
- Kui õpilane peab tervislikel põhjustel koolist puuduma, tuleks korraldada videotunde ja hübriidõpet.
- Vähidiagnoosiga õpilasele tuleks pakkuda tugispetsialistide tuge ka siis, kui ta jääb koduõppele.
- Kui koolis on vähidiagnoosiga laps, tuleks võimaldada õpetajatele ja tugimeeskonnale koolitusi, kuidas teda toetada.
- Lapse koduõppele jäädes tuleks pakkuda koolitusi ka lapsevanematele, et nad last kodus õpetades paremini toime tuleksid.
- Vähihaige lapse õpingute toetamine peaks toimuma meeskonnatööna, kus osalevad õpetajad, lapse vanemad ja tugispetsialistid, et vastutus ei jääks ainult lapsevanemale või klassijuhatajale.
- Koolid võiksid vähihaigele õpilasele ise otsida tugiisiku.
- Õpilaste motivatsiooni hoidmiseks tuleks korraldada rohkem üritusi väljas, et ka koduõppel olija saaks liituda; proovida ka teisi võimalusi, nagu näiteks õpperobotid.

**Haiglatele** soovitati:

- Väärtustada haigla sotsiaaltöötaja tegevust, kes võtab lapsevanematelt


koormat vähemaks ja saab olla info vahendaja kooli ja vanemate vahel, võtab ühendust Rajaleidjaga jms.

- Igas haiglas võiks olla haiglaõpetaja.
- Haiglates võiks olla infovoldikud, kus on info õppetöö korralduse kohta.

**Kohalikel omavalitsustel** tuleb korraldada tugisikuteenus nii, et see oleks kättesaadav igale seda vajavale lapsele ning tugisikul oleks motiveeriv töötasu ja -tingimused.

Lapsevanemate hinnangul on koolil suur roll vähihaigete laste õppe toetamisel.

Õpingute jätkamist saab toetada mitut moodi, kuid kõiki võimalusi ei kasutata, ka tugispetsialistide abi ei jõua alati lasteni. Lapsevanemad tundsid tihti, et koostöö on puudulik ja kool pole valmis lahendusi pakuma, sest olukord on uus kõigile ning häid lahendusi on keeruline leida. Tuge vajaksid ka lapsevanemad.

Vaja on teada kõigi osaliste arusaama, et tugisüsteem toimiks. Koostöös leiab lahendusi, et vähki haigestunud lapsed saaksid käia koolis, omandada hea hariduse ja olla ühiskonna osa. 

Täna minu kõiki toetajaid sellel teekonnal: perekonda, kursusekaaslasi, õppejõude, Eesti vähihaigete laste vanemate liitu, Tartu ülikooli kliinikumi onkoloogiaosakonna arste ja õdesid. Eriline tänu minu magistritöö juhendajale Mare Leinole.

## Viidatud allikad

- Chantarasap, P., Johns, N. P., Pairojkul, S., Sookprasert, A., ... Subongkot, S.** (2019). Validation of the Thai version of the family reported outcome measure (FROM-16)© to assess the impact of disease on the partner or family members of patients with cancer. *Health and Quality of Life Outcomes*. 17.
- Christensen, S. R., Carlsen, L. T.** (2022). From well-known to changed everyday family life in families with childhood cancer: A grounded theory of disrupted family dynamic. *Psycho-Oncology*, 31, 282–289.
- Heinsar, J.** (2013). *Laste heaolu*. Tallinn: Statistikaamet.
- Kallaste, E., Sõmer, M.** (2017). Kaasav ühiskond eeldab kaasavat haridust. *Ajakiri Sinuga*.
- Kukk, K.** (2007). Erivajadustega õpilane ja kaasav haridus. Teoses: L. Tiirmaa, *Erivajadustega lapse ja noore toetamise võimalusi hariduse omandamisel* (19–22). Tallinn: Riiklik Eksami- ja Kvalifikatsioonikeskus.
- Mägi, M., Härmaorg, P., Kullamaa, L., Nõmm, O., Innos, K.** (2022). *Vähk Eestis: haigestumus 2019 ja elulemus 2015–2019*. Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
- Oth, M., Scheinemann, K.** (2022). Back to school – The teachers' worries and needs having a childhood cancer patient or survivor in their class. *Frontiers in Oncology*.
- Otti, J.** (2012). *Klassi kui grupi käitumine seoses Downi-sündroomiga õpilase õppimisega tavaklassis Tartu Katoliku Kooli näitel* (magistritöö). Tallinn: Tallinna Ülikool.
- Paat-Ahi, G., Sikkut, R., Nurm, Ü.–K.** (2016). *Vähktõve sotsiaalmajanduslik analüüs*. Poliitikauuringute keskus Praxis.
- Santos, P. R., Barbosa, D. N. F., Azevedo Neto, E. G., Barbosa, J. L. V., ... Leithardt, V. R. Q.** (2021). Learning and Well-Being in Educational Practices with Children and Adolescents Undergoing Cancer Treatment. *MDPI*, 11, 442.
- Steliarova-Foucher, E., Colombet, M., Ries, L. A. G., Moreno, F.,... IICC-3 contributors.** (2017). International incidence of childhood cancer, 2001–10: a population-based registry study. *The Lancet Oncology*, 18, 719–731.
- World Health Organization.** (2021). *Childhood cancer*. [www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer-in-children](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer-in-children) (30.04.2023).

Kati Orru, Kristi Nero, Ingeliis Siimsen

Tartu ülikooli ühiskonnateaduste instituut

# Ühiskonnas tõrjutute kriisikogemused: õppetunnid koroonapandeemiast

## KOKKUVÕTE

COVID-19 riskirühmana on vähe käsitletud toimetulekuraskustes ja tõrjutud inimesi, kelle seas oli keskmisest suurem nii haigestumus, haiglaravi vajadus kui ka suremus. Tartu ülikooli ühiskonnateaduste instituudi riski ja kerksuse uurimisrühm selgitas<sup>1</sup>, millised on ühiskonnas tõrjutute kriisikogemused. Artikkel tutvustab tähtsamaid tulemusi supikõokide, päevakeskuste, kodutute öömajade, sotsiaalmajutusüksuste ja teiste abiasutuste klientide toimetulekust COVID-19 pandeemia ajal.

Eestis ja Euroopa 12 teises riigis abiasutuste 313 kliendiga tehtud küsitlusuuringust ja kümnes Euroopa riigis abiasutuste töötajatega tehtud 32 intervjuust ja viiest fookusrühma intervjuust selgusid varem vähe käsitletud tendentsid haavatavuse kujunemisel. Pandeemia tõi kõige negatiivsemad materiaalsed ja vaimse tervise mõjud kaasa kodus elavatele inimestele, kes kasutasid abiasutuste teenuseid. Tänaval või ajutistes varjupaikades elavad inimesed aga ei tunnetanud negatiivseid mõjusid, sest kriisi sisenedes ei olnud neil varalises mõttes palju kaotada ja varjupaiga teenuseid püüti alal hoida.

Pandeemia tõstis esile sotsiaaltöötajate ja abiasutuste olulisuse, kui nad marginaliseeritute tugivõrgustikuks olemise kõrval võtsid enda õlule kriisiinfo vahendamise ning oma klientide esindamise kriisi lahendavate asutuste ja valitsuste tasandil.

## MÄRKSONAD

**Haavatavus, tõrjutus, marginaliseerunud inimrühmad, COVID-19, infokäitumine**

Koroonakriis, maailma eri nurki laastavad üleujutused, metsatulekahjud ja tõrked tehnovõrkude töös näitavad ühiskondade haavatavust ja kriisihalduse tähtsust, et

nende mõjudega toime tulla. Praktilised kriisikogemused, aga ka rahvusvahelised lepingud, nagu ÜRO Sendai raamistik katastroofiohu vähendamiseks (ÜRO 2015),

<sup>1</sup> Euroopa Liidu „Horisont 2020“ teadus- ja arendusprojekt BuildERS (Building European Communities’ Resilience and Social Capital, 2019–2022).

osutavad vajadusele paremini mõista, mis takistab eri ühiskonnariühmade toimetulekut kriiside ajal. Selleks et ära hoida negatiivseid mõjusid inimeste elule, tervisele ja varale, on vaja selgust, kes ja millistes oludes võivad haavatavaks muutuda ja millised on parimad viisid seda ära hoida. Ühiskonnas kõige tõrjutumate ja koduta inimeste kriisikogemusi on vähe uuritud. Oma uuringus keskendusime just nende inimeste kogemustele COVID-19 kriisi ajal.

### Kriis ja haavatavus

Kriisisotsioloogia teaduskirjandus osutab, et just ühiskondlik haavatavus kujundab ohuolukorrast kriisi (Blaikie jt 1994; Wisner jt 2004). Seevastu kerksus on ühiskonna võime vastu pidada ja taastuda äärmuslikest sündmustest ning neist õppides valmistuda toimetulekuks ettearvamatutes tulevikuhäiretes. Enamasti võimendavad kriisid juba olemasolevat vaesust ja tõrjutust (Tierney 2019). Varasematest kriisidest on teada, et inimestel, kes toimetavad ka igapäevaelus vaesuspiiril või kellel on kroonilised tervisehäädad, on suurem oht kogeda kriiside negatiivset mõju (Bui jt 2014; Bavel jt 2020). Ka COVID-19 pandeemia tõi raskemad tagajärjed, sealhulgas haiglaravi vajaduse või isegi surma sagedamini sotsiaalmajanduslikult keerulisemas olukorras olijatele (Baena-Diez jt 2020; Riou jt 2021). Peavarju või toidu leidmise vajadus aga muutis nakatumise ohu kodututele vähem oluliseks isegi siis, kui nad teadsid haigusega kaasnevaid riske (Allaria jt 2021). Pandeemiakogemus aga näitab ka, et arusaam tõrjutute ja kodutute toimetulekuraskuste süvenemisest pandeemia ajal on liiga üldistav, jättes tähelepanuta mitmekesised säilenõtkuse ja haavatavuse kombinatsioonid. Haavatavust tuleks tõlgendada ristuvate ja vastastikmõjus tegurite tulemina, mis põhjustab

ühiskonnaliikmete seas eristuvaid mõjusid (Kuran jt 2020). Haavatavuse dünaamilise olemuse mõistmiseks tuleks keskenduda individuaalsete, sotsiaal-struktuuriliste ja oluspetsiifiliste tegurite vastasmõjudele, mis võivad kriisis ka muutuda (Hansson jt 2020; Orru jt 2022; Wisner 2016).

Ühiskonnas tõrjutute ja kodutute kriisikogemuste selgitamiseks vedas Tartu ülikooli ühiskonnateaduste instituudi riski ja kerksuse uurimisrühm koostöös projekti partneritega 2020.–2022. aastal uuringut COVID-19 pandeemia mõjudest Euroopa riikides. Ühelt poolt selgitasime, millised on supiköökide, päevakeskuste, kodutute öömajade ja sotsiaalmajutusüksuste ning teiste abiasutuste klientide kogemused, teiselt poolt, kuidas need asutused ise kriisi ajal toime tulid (Orru jt 2021).

### Uuringu korraldus

Abiasutuste klientide hulgas korraldati Eestis ja Euroopa 12 teises riigis 313 vastajaga küsitlusuuring, mis käsitles COVID-19 ohu tunnetust, pandeemia materiaalseid ja vaimse tervise mõjusid, kogukonnalt ja abiasutustelt saadud abi ning info saamist ja kokkupuudet pandeemiaga, aga ka uuritavate elukohta, vaimset ja füüsilist tervist. Küsitlusuuringus oli oluline leida sobiv sõnastus, et küsimused oleksid vastajale mõistetavad. Suurt tähelepanu pöörasime sellele, et vastajad tunneksid end turvaliselt ja uuringus osalemine ei mõjutaks mingil viisil teenuste kättesaadavust neile. Kogutud andmeid analüüsiti dispersioonanalüüsi ja hii-ruut-testiga; seoste analüüsiks kasutati regressioonanalüüsi.

Abiasutuste juhtide ja töötajatega Euroopa kümnes riigis tehtud 32 poolstruktureeritud intervjuud keskendusid peamiselt kolmele teemale: 1) kuidas kohanes asutus pandeemia esimese laine väljakutsetega,

2) mis toetas ja takistas kohanemist ning  
 3) milline oli pandeemia mõju asutuse klientidele. Pärast eksperdiintervjuude esmast analüüsi korraldati viis töötuba eri riikides, kus abiasutuste töötajatel paluti reflekteerida nii eksperdiintervjuude kui ka küsitlusuuringu tulemusi. Viimase etapina korraldati veebis rahvusvaheline kollokvium 42 osalejaga, kus arutati varasemates uuringuetappides kerkinud teemadel, mida süvitsi käsitleti kuues keelepõhises vestlusruumis. Selline mitmekordne tagasisidestamine sotsiaaltöötajate ja teiste haavatavas seisus inimeste esindajatega võimaldas valideerida uuringu eelnevate etappide tulemusi ja täheldada arengut pikaajalise kriisi jooksul.

### **Pandeemia mõjud heaolule**

Küsitlusele vastanud abiasutuste klientidest 7% olid olnud nakatunud COVID-19 viirusega, sama palju olid viiruse tõttu kaotanud lähedase. Uuritud klientide seast 43% hindas, et pandeemia on negatiivselt mõjutanud sissetulekut, ligipääsu elukohale ja toidule. Sama palju vastajaist tunnistas pandeemia negatiivset mõju vaimsele tervisele. Pandeemia on kõige raskema materiaalse mõju kaasa toonud kodus elavatele abiasutuste klientidele. Võib eeldada, et tänaval või ajutistes varjupaikades elavad inimesed ei tunnetanud negatiivseid mõjusid, sest kriisi sisenedes ei olnud neil varalises mõttes palju kaotada ja varjupaiga teenuseid püüti alal hoida ka isolatsioonipiiranguid arvestades. Pikaajaliselt abiasutustes elavatele inimestele tagati aga püsiv peavari ja toit (või toidu valmistamise võimalus). Ka sisserännanutel ja keeleliselt või kultuuriliselt vähemusgruppi kuulujatel põhjustas pandeemia sagedamini materiaalseid probleeme. Vastupidiselt ootustele oli noorematega võrreldes kõrgemas eas abisaajate materiaalne heaolu vähem löögi all.

Võib arvata, et stabiilsed sotsiaaltoetused või pension aitasid vanemaelastel hakkama saada, samal ajal kui paljud nooremad abivajajad kaotasid oma (ajutise) sissetuleku (Siimsen jt 2023).

---

**Abiasutuste klientide küsitlusest selgus, et koguni 49% neist ei kartnud viirusega nakatuda ning 38% ei uskunud, et haigus võiks neid tugevalt mõjutada.**

---

COVID-19-l oli märkimisväärne psühholoogiline mõju ka kodutute seas: 42% vastajatest nõustus, et pandeemia mõjutas nende vaimset tervist ja vaimset heaolu (Nævestad jt 2022). Kodus elavatele küsitletutele oli pandeemial märkimisväärselt suurem negatiivne psühholoogiline mõju. Kõige vähem tajusid selliseid tagajärgi tänaval või ajutistes öömajades elavad kliendid. Need tulemused näitavad, et koduseinad ei kaitse psühholoogiliselt rusuva kriisi eest, kuid oma võrgustiku ja peavarju säilitanud sotsiaalmajakliendid olid vähem haavatavad.

Negatiivset mõju vaimsele tervisele võimendasid vähemusgruppi kuulumine, varasem psühholoogilise haiguse diagnoos ja madalam hinnang oma füüsilisele tervisele. Pandeemiaga seotud posttraumaatilise stressihäire (PTSH) sümptomid olid sagedasemad sisserännanute seas ning varem loodusõnnetusi või vägivaldseid sündmusi kogenud inimestel. (Olson jt 2023)

### **COVID-19 skeptitsism ühiskondlikult tõrjutute seas**

Asutuste töötajad kuulsid klientidega suheldes uskumusi, et alkohol või suitsetamine aitab nii viirusest hoidumisel kui ka haiguse ravimisel ning vaktsiin on lihtsalt „mürk“. Abiasutuste klientide

küsitlusest selgus, et koguni 49% neist ei kartnud viirusega nakatuda ning 38% ei uskunud, et haigus võiks neid tugevalt mõjutada. COVID-19 skeptilisust esines palju vähemusrühvusest küsitletute hulgas ja nende vastajate seas, kes elasid tänaval või ajutises majutusasutuses. Riskidest olid oluliselt enam teadlikud valitsuse ja ametiasutuste jagatavat teavet usaldavad inimesed, positiivne mõju oli ka tugevamal suhtlusvõrgustikul (Nero jt 2023b). Need küsitletud, kes suhtlesid enam pere, sõprade, naabruskonna või võimuesindajatega, rakendasid sagedamini ennetusmeetmeid, nagu näiteks eneseisolatsioon või hügieen (Nævestad jt 2022). Võrreldes pikaajaliselt resotsialiseerimisüksustes elavate inimestega, oli tänaval või ajutistes öömajades elavatel inimestel usaldus valitsuse jagatava info vastu väiksem ja nad rakendasid vähem ennetusmeetmeid.

---

### Äärmiselt oluline oli abiasutuste roll kriisiinfo vahendamisel.

---

Küsisime abiasutuste klientidelt ka selle kohta, kust nad saavad infot pandeemia kohta. Kõigi vastajarühmade seas oli peamine teabeallikas televisioon, aga hoolekandeesutustes elavad vastajad tuginesid ka ajalehtedele või raadiole. Tänaval või ajutises majutuskohas elavate vastajate jaoks olid olulised teabeallikad sotsiaaltöötajad või teised nendega samasuguses olukorras inimesed. Kodus elavad vastajad tuginesid teabe saamisel televisioonile ja sotsiaalmeediale. Nende tulemuste täiendav analüüs tõi välja seose televisioonist teabe hankimise ja eneseisolatsiooni jäämise, võimaliku nakatumise pärast muretsemise ning valitsuse usaldamise vahel. Seevastu sotsiaalmeediat nimetati intervjuudes ja töötubades sageli

kui valeuskumuste levikohta ja COVID-19 riskiteadlikkuse vähendajat (Nævestad jt 2022; Nero jt 2023b).

### Abiasutuste roll kriisidega toimetulekul

Abiasutustel on oluline roll turvalise keskkonna, toe ja info pakkujana, et vähendada tõrjutust kriisi ajal. Intervjuudest nähtus, et haavatavas olukorras inimesi aitavates asutustes suurenes või isegi mitmekordistus klientide nõudlus peavarju ja toiduabi järele. Enim mõjutas pandeemia päevakeskusi, mis olid sunnitud ukсед sulgema kodututele, majandusraskustes või erivajadusega inimestele. Supiköögid ja varjupaigad jätkasid küll tööd, aga suurte ümberkorraldustega. Rehabilitatsiooni- või resotsialiseerimisüksuste teenuseid mõjutas pandeemia aga kõige vähem. Asutuste töötajad seisis silmitsi nakatumisohuga, suurenenud vajadusega nende teenuste järele ning uute ülesannetega (nt teenuste digitaliseerimine, kohandumine asutusi üle koormanud ametlike juhistega). Äärmiselt oluline oli abiasutuste roll kriisiinfo vahendamisel ehk ametlike reeglite kätte- ja arusaadavaks tegemine ning käitumisjuhiste jõustamine klientide seas. Abiasutused tõlkisid ametlike materjale, printisid infolehti ja jagasid neid klientidele ning, nagu väljendas üks Eesti abiasutuse juht „Selgitasid, selgitasid ja selgitasid veel kord“. (Orru jt 2021)

Meie intervjuud ja fookusrühmad abiasutuste töötajate ning juhtidega näitasid, et abiasutused enamasti ei ole valmistunud sellisteks olukordadeks, kui nõudlus toidu, majutuse ja (psühholoogilise) konsultatsiooniteenuse järele drastiliselt suureneb ning samal ajal peab oma tegevust piirama turvalisuse kaalutlustel (Orru jt 2021). Peamine toetav jõud pandeemiaga toimetulekul olid personali pühendumine ja pikaajaline



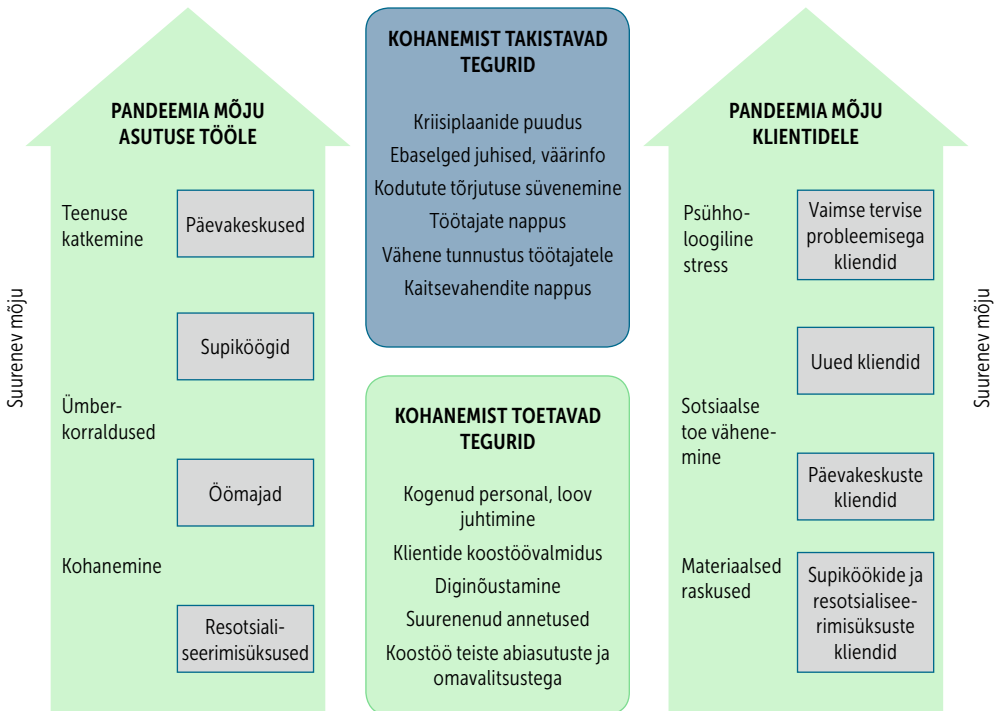
usalduslik suhe klientidega, loovus lahenduste otsimisel klientide abistamiseks ning julged juhtimisotsused. Toimetuleku takistusena toodi ennekõike välja hädaolukordade lahendamise plaani puudumist asutustes ja ebaselged juhised kohalikelt omavalitsustelt ning terviseametilt.

Hoolimata abiorganisatsioonide suhteliselt säilenõtkest reageerimisest ja sihi-kindlusest klientide eest hoolitsemisel, olid tagajärjed mõnele sihtrühmale raskemad. Lisaks psühholoogiliselt haavatavatele klientidele ja sisserändajatele olid oluliselt mõjutatud inimesed, kes leidsid end haavatavast olukorrast esimest korda. Kodus elavad kliendid mainisid isolatsioonist tingitud üksindust ja ebakindlust tuleviku ees. Kodututel vähendas päevakeskuste

sulgemine suutlikkust saada samasugust psühholoogilist abi või säilitada sama suhtluse tase nagu enne pandeemiat. (Orru jt 2021) Eri tüüpi asutustele avaldunud mõju ja selle tagajärjed nende klientidele on kujutatud joonisel.

### Abiasutuste roll tõrjutute vajaduste esindamisel

Euroopa kümnes riigis tehtud intervjuud ja fookusrühmad abiasutuste töötajatega osutasid, et enamasti ei saadud riigilt piisavalt infot ega tuge, hoolimata suurenenud nõudlusest teenuste järele, suurenenud töömahust (sh kriisikommunikatsioon ja teenuste digitaliseerimine). Suhteliselt paremini tuldi toime nendes riikides, kus abiasutustel on tugev seos riikliku sotsiaalkaitsesüsteemiga



**Joonis.** COVID-19 mõju eri tüüpi asutustele ja selle tagajärjed nende klientidele (kohandatud Orru jt 2021 artikli põhjal)

(nt Eestis). See soosis lisaressursside saamist ja ka infovahetust (Orru jt 2021).

Kriisihaldajate vähene teadlikkus abiasutuste ja nende klientide vajadustest tõi pandeemia ajal kaasa negatiivsed tagajärjed niigi haavatavas olukorras inimestele. Näiteks peatasid piirangud raskustes inimestele hädavajalike päevakeskuste tegevuse, kriisiinfo ei olnud kõigile ligipääsetav, äärmuslikel juhtudel (nt Ungari) kodutus isegi kriminaliseeriti. Mitu organisatsiooni pöördusid ise valitsusasutuste poole, et kriisimeetmeid välja töötades arvestataks ühiskonna kõigi liikmetega. Erinevate huvigruppide, sh tõrjutute esindajaid kaasati kriisitsuste tegemisse siiski harva.

---

### Kriiside negatiivse mõju ärahoidmiseks edaspidi tuleb senisest enam arvestada ühiskonna eripalgelisust.

---


Peamise takistusena klientide vajaduste vahendamisel kriisihaldajatele tõi uuring välja koostöömudelite ja kaasamise traditsiooni puudumise sotsiaalvaldkonnas. Abiasutuste tõhusus inimeste vajaduste vahendajana toetub personali pikaajalisele kogemusele ja klientide tundmisele. Töötajate usalduslikud suhted klientidega aitasid viimastel uute reeglitega kohaneda ja käitumisjuhiseid järgida. Kõigi osaliste suur koormus ja vahendite nappus kriisi ajal osutab vajadusele abiasutused kaasata juba hädaolukordadeks valmistumisse (Nero jt 2023a).

### Olulisemad järeldused

Uuring näitas ühiskonnas pikaajaliselt abiasutuste tuge vajavate ja kodutute erinevaid kriisikogemusi COVID-19 pandeemia ajal.

Isiklike võimete või oskuste kõrval sõltus nende toimetulek kriisides näiteks sellest, kuidas toimivad inimest toetavad suhtlusvõrgustikud, ametlikud tugistruktuurid ja teenused. Pandeemia tõi kaasa kõige negatiivsemad materiaalsed ja psühholoogilise tervise mõjud kodus elavatele abiasutuste klientidele. Tänaval või ajutistes varjupaikades elavad inimesed ei tunnetanud negatiivseid mõjusid, sest neil polnud kriisi sisenedes palju kaotada ja varjupaiga teenuseid püüti alal hoida ka isolatsioonipiirangute ajal. Abiasutuste kliendid, kes usaldasid enam võimukandjaid (nt politsei, sotsiaaltöötaja, riigitöötaja) muretsesid tõenäolisemalt COVID-19-sse nakatumise pärast ja olid altimad ka kaitsemeetmeid rakendama.

COVID-19 pani proovile abiasutuste kerksuse (säilenõtkuse), kui tuli kohaneda nende teenuseid piiravate kriisimeetmetega, samal ajal kui klientide abivajadus suurenes isegi mitu korda. Pandeemia tõi esile sotsiaaltöötajate ja abiasutuste tähtsuse, kui nad tõrjutute tugivõrgustikuks olemise kõrval võtsid enda õlule kriisiinfo vahendamise ning klientide esindamise kriisi lahendamises asutustes. Sellises ühenduslüli rollis tuginesid sotsiaaltöötajad eelkõige oma pikaajalisele kogemusele ja väljakujunenud usalduslikule suhtele abivajajaga.

Kriiside negatiivse mõju ärahoidmiseks edaspidi tuleb senisest enam arvestada ühiskonna eripalgelisust ning selle liikmete võimekust ja erinevaid vajadusi. Sotsiaaltöötajaid ja abiasutusi tuleks enam tunnustada ning toetada kriisihaldajate partneritena kriisiinfo viimisel haavatavas olukorras inimesteni, koostada abiasutuste hädaolukordade lahendamise plaanid teenuste jätkamiseks ja tagada asutuste kriisivarud (nt kaitsevahendid) hätta sattunute toetamiseks kriisi ajal. 

Suur tänu kõigile uuringus osalejatele Eestis ja Euroopa teistes maades. Artiklis esitatud uuring on BuildERS projekti osa. Projekti on rahastatud Euroopa Komisjoni programmist Horisont 2020, lepingu number 833496.

## Viidatud allikad

- Bavel, J. J. V., Baicker, K., Boggio, P. S., Capraro, V., ... Willer, R.** (2020). Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature Human Behaviour*, 4(5), 460–471.
- Blaikie, P., Cannon, T., Davis, I., Wisner, B.** (1994). *At risk. Natural hazards, people's vulnerability, and disasters*. Routledge.
- Bui, A. T., Dungey, M., Nguyen, C. V., Pham, T. P.** (2014). The Impact of Natural Disasters on Household Income, Expenditure, Poverty and Inequality: Evidence from Vietnam. *Applied Economics*, 46(15), 1751–1766.
- Hansson, S., Orru, K., Siibak, A., Bäck, A., ...F., Morsut, C.** (2020). Communication-related vulnerability to disasters: A heuristic framework. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 51.
- Kuran, C. H. A., Torpan, S., Hansson, S., Morsut, C., ... Orru, K.** (2020). Vulnerability and vulnerable groups from an intersectionality perspective. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 50.
- Nævestad, T.-O., Orru, K., Nero, K., Schiefflers, A., ... Hessejvold, I.** (2022). Self-imposed social isolation among clients of social care organisations in the COVID-19 pandemic. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 82.
- Nero, K., Orru, K., Nævestad, T.-O., Olson, K. ... Kajganovic, J.** (2023a). Mechanisms behind COVID-19 scepticism among socially marginalised groups in Europe. *Journal of Risk Research*, 26(3).
- Nero, K., Orru, K., Nævestad, T.-O., Olson, A., ...Kajganovic, J.** (2023b). Care organisations role as intermediaries between the authorities and the marginalised in crisis management. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 86.
- Olson, A., Nævestad, T.-O., Orru, K., Nero, K., ...Meyer, S. F.** (2023). The Impact of the COVID-19 Pandemic and Socially Marginalised Women: Material and Mental Health Outcomes. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 93.
- Orru, K., Hansson, S., Gabel, F., Tammpuu, P., ..., Rhinard, M.** (2021). Approaches to 'vulnerability' in eight European disaster management systems. *Disasters*, 46(3).
- Orru, K., Klaos, M., Nero, K., Gabel, F., ... Nævestad, T.** (2022). Imagining and assessing future risks: A dynamic scenario-base social vulnerability analysis framework for disaster planning and response. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, eelavaldatud veebis 7.11.2022.
- Orru, K., Nero, K., Nævestad, T.-O., Schiefflers, A., ...de los Rios Pérez, D. A.** (2021). Resilience in care organisations: challenges in maintaining support for vulnerable people in Europe during the Covid-19 pandemic. *Disasters*, 45(Suppl 1).
- Siimsen, I., Orru, K., Nævestad, T.-O., Nero, K., Olson, K.** (2023). Material impacts of the pandemic on the marginalised: COVID-19 as the final push to health-poverty trap? *International Journal of Disaster Risk Reduction*.
- Tierney, K. J.** (2019). *Disasters: A Sociological Approach*. Polity Press.
- Wisner, B., Blaikie, P., Cannon, T., Davis, I.** (toim.). (2004). *At risk: Natural hazards, people's vulnerability, and disasters* (2. tr). Routledge.
- ÜRO.** (2015). *Sendai raamistik katastroofide vältimiseks 2015–2030*.

**Maarja Evert***SA Viljandi haigla kommunikatsiooni- ja turundusjuht*

## PAIK teenuse rakendamine paneb tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna osalised meeskonnana tööle

Kroonilise haigusega patsiendid, kellel on vaja ka sotsiaalset tuge ehk keskmisest rohkem tervishoiu- ja sotsiaalteenuseid, saavad abi paikkondliku ravijuhtimise teenuse PAIK osutajatelt. Projekt kestab 2025. aasta augusti lõpuni.

Artikkel on koostatud PAIK teenust osutavate spetsialistide tagasiside põhjal. Oma kogemust jagasid selle projekti kliinilise meeskonna juht Kadri Oras ja tervisejuhid Maarja-Enid Pärna, Eneli Tulp, Elvi Link, Merit Tekko ja Anu Välis.

PAIK ehk paikkondlik ravijuhtimise teenus on mõeldud inimestele, kes vajavad keskmisest rohkem tervishoiu- ja sotsiaalteenuseid. See tähendab, et neil on mitu kroonilist haigust ja lisaks vajavad nad ka sotsiaalset tuge, et kodus kauem toime tulla ning elukvaliteet oleks parem. Teenuse osutamisel on väga tähtis õe või sotsiaaltöötaja haridusega tervisejuhi tegevus, kes koostöös

patsiendi, tolle perearsti ja vajaduse korral ka teiste spetsialistidega koostab inimesele personaalse terviseplaani ning teeb kindlaks, millist sotsiaalset ja tervisetuge on tarvis. Ta aitab teenuseid koordineerida, nõustab ja jõustab patsienti ning jälgib tema tervise seisundit, tehes tihedat koostööd pereõe ja perearsti, vajaduse korral ka omavalitsuse sotsiaaltöötajaga.

### **PAIK teenuse mõju-uuring**

PAIK teenust hakati Viljandi haiglas kujundama 2016. aastal ja selle rakendamist proovima 2018. aastal. Projekti saamisloost kirjutasime varasemas artiklis<sup>1</sup>. Kevadel 2023

<sup>1</sup> Sotsiaaltöö 3/2020 numbris ilmunud Kadri Orase ja Svea Seidla artikkel „Pilotprojekt PAIK – koostöö patsiendi heaks“.

algas Viljandi haigla, tervisekassa, Viljandi, Saare ja Valga maakondade<sup>2</sup> ühisprojektiina selle teenuse kliiniline mõju-uuring, mis kaasab umbes 800 patsienti. Projekti juhhib Viljandi haigla ravijuht dr Mart Kull ja uuringu teaduspartner on Barcelona ülikoolihaigla.

---

Uuringuga loodab meeskond teada saada, milline on tervishoiu- ja sotsiaalteenuse koordineeritud koostöö mõju patsientide tervisele, elukvaliteedile ja teenustega rahulolule.

---

Kliinilise mõju-uuringu eesmärk on selgitada välja teenuse pikaajaline mõju ja ka teostatavus maakondade kogemuse põhjal. Uuringuga loodab meeskond teada saada, milline on tervishoiu- ja sotsiaalteenuse koordineeritud koostöö mõju patsientide tervisele, elukvaliteedile ja teenustega rahulolule.

Uuringu sihtrühm on vähemalt 45-aastased inimesed, kellel on diagnoositud mitu kroonilist haigust, mis suurendab haiglaravile sattumise riski, ja kellel esinevad kaasuvalt ka sotsiaalsed tervisehäired, näiteks puudub toetav tugivõrgustik või on liikumisraskus.

Kliinilisse uuringusse kutsutakse riskipatsiente nii kodust, hooldekodust kui ka juba haiglasse sattunud. Riskipatsientide nimekirja koostas tervisekassa enda andmebaasi põhjal Barcelona ülikoolihaiglast saadud mudeli põhjal. Sarnase mudeli

toimimist uurib praegu ka Hispaania partner ise oma kodumaal.

PAIK tervisejuhid näevad kahe valdkonna koostöö kasulikkust juba praegu. Nad on märganud, et paljudel inimestel, kes on jäänud sotsiaalsetel põhjustel hätta, tekivad kergemini ka tervisehäired. Ka kroonilised haigused võivad aja jooksul ägeneda. Inimene võib küll pöörduda arsti poole, aga kui sotsiaalsed tingimused ei parane, võivad meditsiinilised vaevused uuesti süveneda. See tähendab, et kui inimesel on sotsiaalsed vajakajäämised, ei tule ta tihti toime ka krooniliste haigustega. Seega on sotsiaalvaldkonna spetsialistidel nagu ka meditsiinitöötajatel, väga tähtis osa kroonilise haiguse stabiilsena hoidmisel. Inimene on psühhosotsiaalne tervik, seetõttu on haiglasse sattumise ohu vähendamiseks tähtis, et tervise- ja sotsiaalvaldkond käiks koos üht rada ja töötaksid patsiendi heaks ühe eesmärgi nimel.

### Koostöö algab märkamisest

Koostöö aga on igas mõttes kahepoolne. Nii nagu meditsiinitöötajatele on oluline teavet saada sotsiaalvaldkonna spetsialistidelt, on tähtis ka vastupidine infovahetus. PAIK meeskond on märganud, et oluline on suurendada näiteks sotsiaaltöötajate teadlikkust krooniliste haiguste kohta, et nad oskaksid oma vaatevälja sattunudel ära tunda ka haiguste ägenemise ja kaasaaksid vajaduse korral meedikud patsiendi abistamiseks. Sotsiaaltöötajad on oma ala spetsialistid ega peagi oskama käsitleda meditsiinilisi muresid, samuti ei pea tervishoiuvaldkonna spetsialistid oskama leida

---

<sup>2</sup> Seni Viljandimaal katsetatud PAIK teenust laiendati tänava veel kahte maakonda, et proovida, kas see ka seal toimib. Sammhaaval arendatakse koostööd omavalitsuste ja perearstidega. Kui Viljandimaal hinnatakse uuringuga ka seda, kui paljudel juhtudel on õnnestunud kogukondlikku tuge rakendades haiglasse sattumist või korduvat hospitaliseerimist ära hoida, siis Kuressaare ja Valga haigla kutsuvad uuringusse patsiendid, kelle puhul on risk haiglasse sattuda juba realiseerunud.

## Märkamine aitab abi saada

Koostöö ja märkamise hea näide on ühe eaka abielupaari lugu. Nende tütar elas välismaal ja seetõttu pidid nad kõigega ise hakkama saama.

Naisel oli raske liikumispuue, mistõttu pidi pöduratervise abikaasa ka tema eest hoolitsema. Nad tahtsid olla tegusad, kuid selle koorma all olid nad nii vaimselt kui ka füüsiliselt väsinud. Seetõttu muutus üha sagedasemaks kiirabi kutsumine ja visiidid erakorralise meditsiini osakonda, kus aga probleemidele lahendust ei leitud. Tänu soovitudele olid nad õnneks juba ise võtnud ühendust valla sotsiaalosakonnaga.

Sotsiaaltöötaja märkas, et neil on vaja peale sotsiaalteenuste ka tervishoiuteenuseid ning kaasabistamisse PAIK tervisejuhi. Nii tervishoiu- kui ka sotsiaaltööspetsialistid nõustasid abielupaari, et leida neile sobivad lahendused. Meditsiini poole pealt leidsid tervisejuhid neile vajalikud teenused, sh taastusravi ja vaimse tervise õe teenuse. Oli näha, et olukord käis eakatele üle jõu, kuigi nad ise seda esialgu ei mõistnud. Suure selgitustöö tulemusena leiti üheskoos, et nende jaoks on parim lahendus hooldekodu.

See on ehtne näide, kuidas ühe valdkonna spetsialist oskab ära tunda ka teise valdkonna mure ja koostöö tulemusena saab patsienti paremini aidata.

lahendusi sotsiaalsetele muredele. Need valdkonnad aga on patsientide seisukohast omavahel seotud, seetõttu on oluline tekitada sild tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna vahele. Selleks võivad olla PAIK projekti näitel tervisejuhid.

---

**Spetsialistide teadmised ja oskused erinevad, lõimitud teenuse osutamiseks aga on oluline, et teavet jagatakse omavahel.**

---

Üks PAIK tervisejuht Viljandis on sotsiaaltöötaja kutsega ja olnud väga suureks abiks sotsiaalvaldkonna inimestega suhtlemisel. Ideaalne lahendus võiks olla see, kui sarnaselt meditsiini valdkonnas töötavate sotsiaaltöötajatega oleks ka kohalike omavalitsuste sotsiaalosakonna meeskonnas tervishoiuspetsialist, näiteks õde-tervisejuht. Spetsialistide teadmised ja oskused erinevad, lõimitud teenuse osutamiseks aga

on oluline, et teavet jagatakse omavahel. Tervishoiutöötajad ei teagi mõnikord, millised teadmised ja oskused on sotsiaaltöötajal ja kuidas nendest kasu võib olla, seetõttu ei osata abi küsida. Sama võib olla ka vastupidi. Seetõttu tuleb kasuks, kui ühe valdkonna spetsialist tegutseb teise valdkonna süsteemis.

Samuti aitavad koostööd kujundada ühised ettevõtmised, mis võimaldavad tutvuda teise valdkonna tööga. See arendab spetsialisti silmaringi ja aitab luua ka tutvusi ning kontakte, et koostööd edasi arendada. PAIK projektis praktiseerisime tervisejuhtide koolitamisel mitut koostööd arendavat võimalust, nt käis omavalitsuse sotsiaaltöötaja haigla EMO-s töövarjuks.

## Tõhusa teenuse eeldus on patsiendi ärakuulamine

Selleks et kuskilt alustada, on kõigepealt vaja inimest kuulata, sest nii saab patsiendi tegelikke probleeme märgata. Alles siis, kui märkame kõike, mis inimesele muret teeb,



Viljandi haigla spetsialistid, kes osalevad PAIK projektis. Vasakult tervisejuht Maarja-Enid Pärna, kliinilise meeskonna juht Kadri Oras ning tervisejuhid Eneli Tulp, Elvi Link, Merit Tekko ja Anu Välis.

Foto: Maarja Evert

saame pakkuda ka päriselt tõhusat abi. PAIK tervisejuhi ülesanne on muuhulgas ka suurendada patsiendi teadlikkust oma tervise kohta, aga sageli on nii, et nõuanne kuulab see inimene, keda on esiti ära kuulatud.

Sellist lõimitud teenuse mõtteviisi saaks laiendada ka näiteks eriarstiabile, kus asjaomase väljaõppega õde või sotsiaaltöötaja saaks ära teha eeltöö patsiendiga. Ta saaks kuulata, mis patsiendile tegelikult muret valmistab ja asjakohased probleemid arsti jaoks välja selekteerida. Kui probleemid on eelnevalt kindlaks tehtud, siis on eriarstiabi kindlasti tõhusam. Arvame, et tervishoiu sotsiaaltöötajad on lähitulevikus üha tähtsamad, neil aga on selleks vaja ka eri väljaõpet. Võib-olla on vaja kunagi

sarnaselt eriõdedega ka eriväljaõppega sotsiaaltöötajaid.

### **Koostöö eeldab suhtlemist**

PAIK teenuse käivitamisel oleme näinud, kui oluline on eri valdkondade ühise eesmärgi nimel tööle panemisel teavitus ja suhtlemine. Iga koostöö algab kohtumisest, tutvumisest ja teemade arutamisest. Tänu projekti tutvustamisele, ühistele aruteludele ja avatud suhtlemisele oleme projekti käigus saavutanud hea koostöö sotsiaalvaldkonna töötajatega. Selle toel töötame ühiselt patsiendi heaks. Tunnetame, et ka nemad väärtustavad koostööd tervishoiuga.

Keeruline aga on see, et praegu pole meil ühist infoplatvormi ja piiratud on ka silmast silma kohtumiste aeg. Nii sotsiaaltöötajad

kui ka meditsiinipersonal on üle koormatud oma tööga, seetõttu on keeruline leida aega olukordade arutamiseks ja teabe jagamiseks. Ühine infoplatvorm oleks kindlasti abiks. See võiks olla nii meie kui ka meie partnerite töövahend, kus saaks jagada teavet, dokumente ja muud. Kindlasti võtab ka see oma osa tööajast. Mõlemas valdkonnas on töötajate puudus, seetõttu on vaja läbimõeldud kommunikatsioonilahendust, et suhtlus toimiks, sest see viib koostööd edasi ja aitab seda arendada.

Meie kogemuse põhjal on koostöö hästi sujunud inimeste tasandil, kuid oluline oleks kujundada süsteem. Need, kellega meil on välja kujunenud hea koostöö, ei pruugi mitme aasta pärast selles süsteemis enam töötada, seetõttu võib ka koostöö kannatada. Sellepärast arvamegi, et tähtis oleks süsteemne suhtlus ja infovahetus.

### Lahendamist vajavad küsimused

PAIK tervisejuhid näevad oma töös, et igal inimesel on oma taust ja lugu. Oluline on oskus vahet teha, millise info põhjal tohib sekkuda ja kust läheb piir ehk kui kaugele võib inimese aitamisega minna. Sealjuures on tähtis ka erapooletuks jäämise oskus. Me tegeleme patsiendiga süvitsi, et leida tema jaoks parimad lahendused, kuid on asju, millesse pole meil õigus sekkuda, ja


kohti, kus jäävad meie käed lühikeseks. Näiteks oleme märganud, et lapsed otsustavad eakate vanemate eest ehk on jõupositsioonil ja sel juhul on keeruline mõista, mida inimene ise tahaks või millise otsuse oma soovide järgi teeks. Me ei saa sekkuda perekondlikesse küsimustesse ja niisugused olukorrad on rasked. Samuti näeme eri valdkondade kitsaskohti, aga ka sel juhul ei saa sageli midagi teha.

---

On vaja läbimõeldud kommunikatsioonilahendust, et suhtlus toimiks, sest see viib koostööd edasi ja aitab seda arendada.

---

Viimase aja mure on ka, et tervishoiuteenust vajavad inimesed sunnitakse info ja kontakti saamiseks kasutama IT-vahendeid, kuigi see võib vanemaealistele olla keeruline ning panna nad abi küsimise asemel hoopiski käega lööma.

PAIK teenus on projektipõhine. Oleme tänulikud tervisekassale, et nad on võimaldanud meil seda ka pärast projekti lõppu jätkata praeguse kliinilise uuringu ajal, mis kestab 2025. aasta augustini. Me loodame aga, et sellest teenusest saab kunagi ka riigi meditsiiniteenus ja seda osutatakse üle kogu Eesti. 



**Eva Paalma***tervisekassa raviteenuste osakonna teenusejuht*

## Raviteekonna jätkumine väljaspool haigla seinu

Tervisekassa katsetab uusi viise, kuidas parandada tervishoiuteenuseid kasutavate inimeste elukvaliteeti, rakendades raviteekonnapõhist käsitlust. See võimaldab vaadata tervishoiusüsteemist kaugemale ja parandada ravi lõimitust sotsiaalteenustega.

Selle kümnendi rahvastiku tervise arengukava üks peamine eesmärk on vähendada eri soost, piirkonnast ja haridustasemega inimeste tervise ebavõrdsust.

Üha enam mõistetakse, et tervist mõjutavad tegurid, mis avalduvad väljaspool tervishoiuasutuse seinu. Inimkeskne teraviklik käsitlus peab silmas heaolu laiemalt, hõlmates eri valdkondi, nagu sotsiaalne ja majanduslik toimetulek, elukeskkond jm.

### Sotsiaalsete tegurite mõju tervisele

Senini on kõige rohkem tähelepanu saanud sotsiaalsed tervisemõjurid. Uuringud on kinnitanud tervise sotsiaalsete tegurite ja terviseseisundi seost. Sotsiaalne taust võib mõjutada 30–55% inimese tervisenäitajatest (WHO i.a.). Kuigi tervishoiutöötajad on juba ammu aru saanud, et sotsiaalsed tegurid, näiteks vaegtoitumine, puudulikud

liikumisvõimalused ning ebakindel eluase, avaldavad tervisele suurt mõju, ei jätku süsteemi tasandil enamasti vahendeid ja puuduvad ka rahalised stiimulid, et tegeleda tervise sotsiaalsete teguritega.

### Uuringud on kinnitanud tervise sotsiaalsete tegurite ja terviseseisundi seost.

Tihti peab inimene ise sotsiaalvaldkonnast tuge otsima ja eri asutuste killustunud teenustes on keeruline selgust saada. Samuti on olemas sotsiaalteenuste kättesaadavus paljuski omavalitsuse võimekusest ja alati pole tervishoiutöötajad kõigi võimalustega kursis.

Viimastel aastatel laiemalt levima hakanud raviteekonnapõhine käsitlus on andnud võimaluse vaadata tervishoiusüsteemist kaugemale ja parandada sotsiaalteenustega

lõimitust. Raviteekondade väljatöötamine on aidanud tervishoiuteenuste osutajatel mõtestada patsiendi liikumist igas etapis: mis on iga ravietapi sisu, millised on teenuste osutamise kriteeriumid, kuidas patsient liigub ravietappide ja spetsialistide vahel ning mis on iga osalise roll. Raviteekonnapõhine käsitus toetab selle protsessi tervikuks sidumist ja annab võimaluse teadlikult kaasata sotsiaaltöötajaid patsiendi teekonna planeerimisse. Nii tervisekassa kui ka teenuseosutajate eestvõttel on viimasel paaril aastal üksikute raviteekondade arendamist katsetatud ja saadud on esimesed praktilised kogemused.

### **Insuldi raviteekonna projekti tulemused**

Aastatel 2019–2022 viidi edukalt ellu insuldi raviteekonna juhtprojekt. Selles osalenud haiglad katsetasid erinevaid sekumisi, mille üks parim näide, mida soovitatakse ka laiemalt praktikas rakendada, oli insuldikoordinaatori teenus. Koordinaatori tuge hindasid kõrgelt nii patsiendid, lähedased kui ka teised raviteekonna osalised. Selleks et võimaldada projektis osalenud haiglatel jätkata insuldikoordinaatori teenusega, tagas tervisekassa rahastuse ning alates k.a 1. aprillist lisati koordinaatori teenus tervishoiuteenuste loetellu.

Koordinaatori rolli sobib hästi sotsiaaltöö või meditsiinitaustaga inimene, sest tööülesanded hõlmavad nii patsiendi kui ka lähedaste motiveerivat toetamist ja nõustamist, toimetulekuoskuste õpetamist, vajaduste hindamist, raviplani koondamist ja jälgimist ning teenuste (sh tervishoiu-, sotsiaal- ja kogukonnateenuste) koordineerimist. Projektis osalenud patsientide ja nende lähedaste hinnangul pakkus koordinaatori teenus neile kindlustunde, et nad ei jää muutunud olukorras uute väljakutsetega üksi. Teiste osaliste tagasiside põhjal

paranes oluliselt info liikumine ja rollijaotus ravi kõigis etappides, mis tähendas patsiendi sujuvamat teenusele jõudmist.

---

Raviteekonnapõhine käsitus toetab raviprotsessi tervikuks sidumist ja annab võimaluse teadlikult kaasata sotsiaaltöötajaid patsiendi teekonna planeerimisse.

---

Projekti sekkumisrühma patsientide tulemid olid keskmiselt sama head või paremad kui kontrollrühmas: neuroloogi või sisehaiguste arsti vastuvõtul käis poole aasta möödumisel ligi kolm korda rohkem patsiente kui kontrollrühmas (30% vs. 9%); statsionaarsele taastusravile jõudis peaaegu poole rohkem inimesi kui kontrollrühmas (43% vs. 29%) ning ambulatoorsel vastuvõtul käis üle kahe korra enam patsiente kui kontrollrühmas (24% vs. 10%). On väga tähtis, et patsiendid n-ö ei kaoks koduseinte vahele ära ja saaksid jätkuravi. Vähene jätkuravile jõudmine oli ka üks olulisim probleem, mille tõttu projekt ellu kutsuti. Tõenäoliselt avaldub koordinaatori teenuse efektiivsus ajas veelgi, kuid käegakatsutav tulemus on suurem hulk rahulolevaid ja informeeritud patsiente, kes saavad jätkuravi.

### **Endoproteesimise projekti õppetunnid**

Praegu on käimas kulunud puusa- ja põlveliigese asendamise ehk liigese endoproteesimise katseprojekt, mille käigus oleme näinud, kui tähtis ning samal ajal keeruline on kliinilise ja sotsiaalse poole sujuv lõimimine raviteekondade rakendamisel. Endoproteesimise standardi väljatöötamisel keskenduti operatsioonijärgsele edasisele ravile suunamisel peamiselt kliiniliste näitajate sõnastamisele

ning sotsiaalsel näidustusel vajaminev abi jäi selgelt kirjeldamata. Standardist lähtudes suunatakse patsiendid kindlate kliiniliste näitajate alusel (nt puusaliigese fleksioon ehk painutamise võime on alla 70 kraadi jpt) stationaarsele järel- või taastusravile. Samas on palju patsiente, kes ei vaja arstlikku ravikäsitlust, aga vajavad tuge toimetulekul kodus (nt elukoha koristusel, poest toidu toomisel, sooja toidu valmistamisel). Standardi algses versioonis jäid sõnastamata näitajad, mille põhjal juba ennetavalt kindlaks teha, kas patsient vajaks sotsiaalsüsteemi tuge. Kuna vastutus operatsioonijärgse elukorralduse eest jäi patsiendile endale, siis tekkis olukord, kus alles haiglast väljakirjutamise eel selgus, et patsiendil on väga keeruline koju naasta ja tal puuduvad lähedased, kes tema eest hoolitseksid.


Sellest kogemusest oleme õppinud, kui olulised on sotsiaaltöötajate teadlik lõimimine raviteekondadesse ja asutuste vahelised kokkulepped, et märgata inimese abivajadust ning reageerida ennetavalt. Muu hulgas tuleb kindlaks määrata, mis tingimuste täitmise korral tuleb patsient

tervishoiuasutusest edasi suunata sotsiaaltöötaja poole abi saamiseks. Lisaks on oluline teha kõigile raviteekonda kaasatud spetsialistidele kättesaadavaks patsientide sotsiaalse toimetuleku andmeid (nt lift majas, olmemugavused, lähedaste tugi).

---

**Koordinaatori teenuse käegakatsutatav tulemus on suurem hulk rahulolevaid ja informeeritud patsiente, kes saavad jätkuravi.**

---

Suuremate õppetundidena näeme, et lisaks kliinilise ja sotsiaalse abi saamise kriteeriumite kehtestamisele peab süsteem looma soodsamad tingimused, näiteks parema andmevahetuse ja lõimitud infosüsteemid, mis toetaksid info liikumist tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osutajate vahel. Tähtsad on ka selged rollid ja valdkondade vahelised kokkulepped, mille käigus tehakse kindlaks esmatasandi, eriarsti- ja sotsiaalabi koostöövõimalused ning patsiendi liikumine eri ravietape ja süsteemide vahel. 

## Viidatud allikas

---

WHO. (i.a). *Social determinants of health*. [www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health](http://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health) (06.11.2023).



**Annely Reile**

sotsiaalkindlustusameti „Ringist välja“ projektijuht

**Kersti Kruus**

sotsiaalkindlustusameti „Ringist välja“ koordinaator

## Nooresõbralik ja kogukonnateadlik „Ringist välja“ võrgustikutöö

Alaealiste kuritegelikule teele sattumise ärahoidmisel ja ohustatud laste varajasel tuvastamisel on kohalikel omavalitsustel oluline roll. Valdkondadevahelise võrgustikutöö mudel „Ringist välja“ võimaldab lapsi tulemuslikult abistada.

Võrgustikutööd on tehtud Eestis mitmesuguste projektide kaudu 1996. aastast. Selle olulisust kohaliku omavalitsuse lastekaitsetöös hakati laiemalt teadvustama, sest leiti, et nii abivajajatel kui ka ühiskonnal on valdkonna spetsialistidele suured ootused, mida üksi ei suudeta täita. Võrgustikutöös nähti tulemusliku koostöö võimalust asjaomaste ametkondadega, et jagada infot ja aidata abivajajal oma probleeme tõhusamalt lahendada. (Korp ja Rääk 2004)

Aastast 2018 jõustusid karistusseadustiku ja teiste seaduste muudatused, mille eesmärk oli kiiremini ja tõhusamalt reageerida alaealiste õigusrikkumistele ning välja töötada lapse abivajadusega tegelemise intensiivsem süsteem. Üks arengusuund on korraldada süütegude ennetamine eelkõige kohalikul tasandil.

Riigikogus 2020. aastal heaks kiidetud dokumendi „Kriminaalpoliitika põhi- alused aastani 2030“ järgi on lähiaastate üks olulisemaid ülesandeid saada lapsed ja noored välja kuritegevuse spiraalist ning kujundada tõhus ohvrikeskne kriminaaljustiitsüsteem koos karistusalternatiividega. Selleks on vaja teha ennetustööd, aga ka kohelda kriminaaljustiitsüsteemi sattunud noori nende vajadusi arvestades. Alaealiste õigusrikkujate juhtumite menetlemine soovitakse muuta koostööl põhinevaks, samuti rakendada noortele karistussüsteemiväliseid lahendusi ja tõendus põhiseid, eelkõige perekeskeid programme. Üks arengusuund on korraldada süütegude ennetamine eelkõige kohalikul tasandil.

Soome Aseman Lapset RY praktikute „Pasila-toiminta“ mudeli kogemusele

tuginedes alustati Eestis „Ringist välja“ mudeli juurutamist. Nii Soome kui ka Eesti mudel tugineb erialade võrgustikutööl, kus noorega juba tegelevad eri valdkondade spetsialistid, näiteks lastekaitsetöötaja, piirkonnapolitseinik, noorsootöötaja, psühholoog tulevad kokku ja töötavad välja juhtumile sobiva terviklahenduse.

### Erinevused tavapärase võrgustikutööga võrreldes

Meie käest on palju küsitud, mille poolest erineb „Ringist välja“ (RV) mudel tavapärasest võrgustikutööst. Mudeli lühituvustust kuulates võib nii mõnelgi huvilisel tekkida tunne, et seda kõike iga päev juba tehaksegi: kohalik lastekaitse spetsialist kui juhtumikorraldaja kaasab spetsialistid, korraldatakse võrgustikukohtumisi ja noore juhtumi ümarlaudu, kavandatakse tegevust ning otsitakse sobivaid programme ja teenuseid, mis noore olukorda muutusi tooks. Noore enda, aga ka tema vanemate või hooldajate kaasamine on aga eelkõige spetsialistide valmisolekust ja põhimõtetest.

Siiski on RV-mudelil mitu erisust. Tavapärasele võrgustikutööle lisandub hulk toetavaid elemente, mis lisavad kõigile osalistele turvalisust, annavad kindla struktuuri, ühise rõhuasetuse ja võrdse kaasatuse. Õpitakse justkui selgeks ühine keel ja hakatakse seda kasutama. Mudeli rakendamine kohaliku omavalitsuse võrgustikutöös toetub sellistele väärtustele nagu süsteemsus, konfidentsiaalsus, traumateadlikkus, noorekesksus ja taastava õiguse mõtteviis.

Võiks öelda, et tegemist on nii võrgustiku kui ka noore jaoks ideaalse ühe-ukse-teenusega. Nagu ütles üks kohaliku omavalitsuse (KOV) juhtumikorraldaja: „See on nii vajalik, et saime kõik ühte ruumi. Ma näen, et ei olegi selle juhtumiga üksi!“

Keila linna lastekaitsetöötaja Liina Kõiv: „Mudeli „Ringist välja“ alus on taastava õiguse põhimõtted, mis annab võrgustiku liikmetele ühise arusaama, kuidas konfliktide ja õigusrikkumiste korral sekkuda. Noore seisukohast on oluline, et spetsialistid mõistavad teda ja saavad ühtemoodi aru tema vajadustest. See aitab kaasa efektiivsele võrgustikutööle – kogu võrgustik töötab sama eesmärgi nimel.“

Juhtumikorraldajat, võrgustikuliikmeid ja ka noort abistavad teekonnal RV tiimi, partnerite ja praktikute koostatud töölehed, vormid ning materjalid.

Juhtumeid, kus mudelit rakendatakse, iseloomustab probleemide pikaajalisus ja keerukus, kaasatavate osaliste ja järeleproovitud teenuste rohkus. Mudeli rakendamisest võib kasu olla riskikäitumise ennetamisel, sest see aitab kindlaks teha, kui suur on tõenäosus, et noore olukord intensiivse sekkumiseta halveneb.

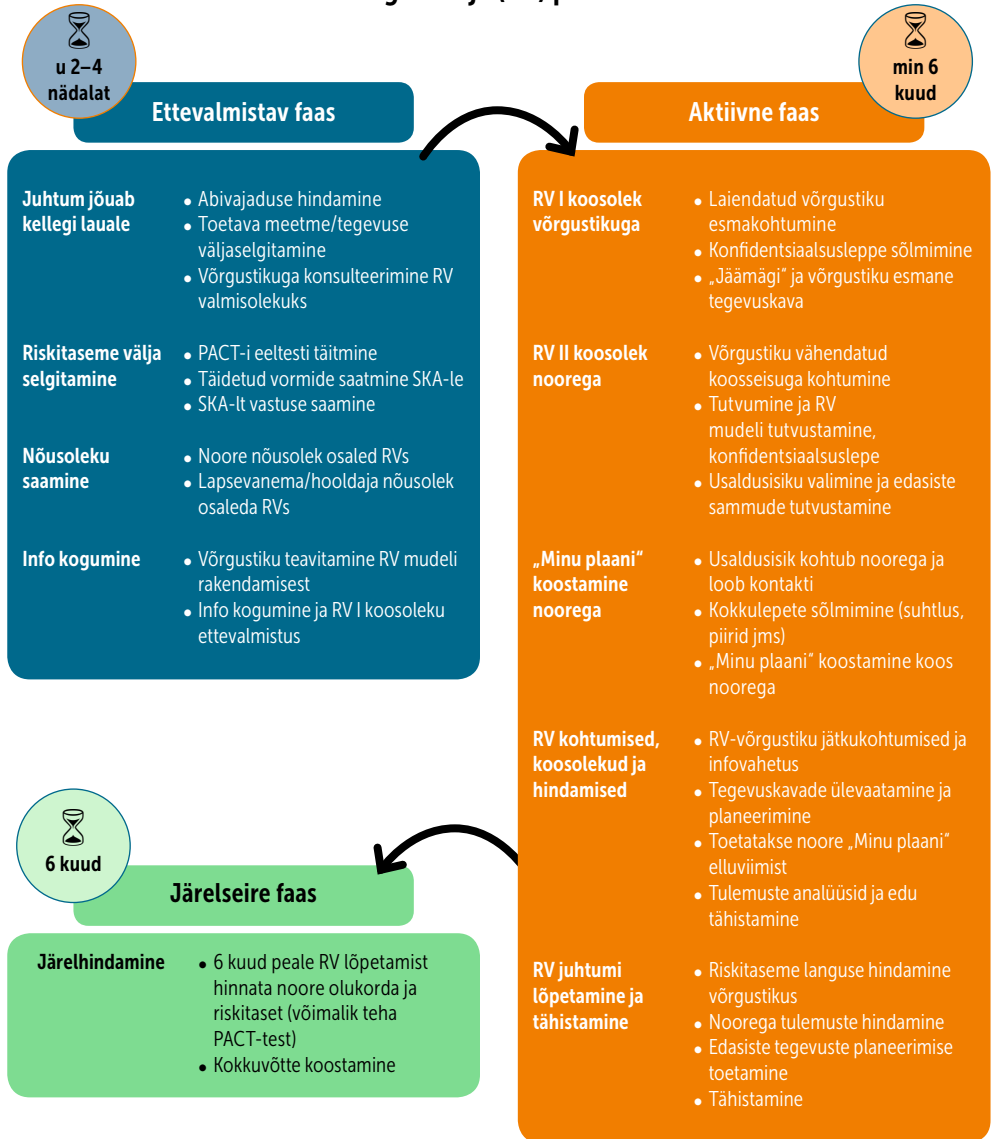
### „Ringist välja“ mudel praktikas

Joonisel (lk 76) on esitatud protsessi täpsem kirjeldus, mis on abiks, et raamida sisult äärmiselt paindlikke ja individuaalseid tegevusvõimalusi.

Ettepaneku mudeli rakendamist kaaluda võib teha iga noorega tegelev spetsialist koostöös juhtumikorraldajaga. Tähtis on juhtumikorraldaja ja võrgustiku valmisolek.

Töö alustamiseks saadab kohaliku omavalitsuse juhtumikorraldaja täidetud riskihindamise ankeedi sotsiaalkindlustusametile (SKA). Andmekaitse seaduse nõude kohaselt tuleb dokumendid saata krüpteeritud või dokumendihaldussüsteemi kaudu. Tähtis on, et noore delikaatsed andmed oleksid kaitstud kogu protsessi jooksul. Seetõttu pööratakse suurt tähelepanu konfidentsiaalsusele, mis omakorda toetab noore

## Ringist välja (RV) protsess



### Rollid

**Juhtumikorraldaja** – KOV-i lastekaitse, noortegarantii tugisüsteemi töötaja

**Protokollija** – kohtumisel osalev võrgustikuliige

**Võrgustikuliige** – noorega kokku puutuv spetsialist, aga ka noor ning tema vanem/hooldaja

**Usaldusisik** – noore valitud võrgustikuliige

Joonis. „Ringist välja“ võrgustikutöö protsess

Viljandi Avatud Noortetoa juhataja Ege Enok: „Minu jaoks on mudeli „Ringist välja“ tugevaim külg kasutajasõbralikkus, mis võimaldab juhtumit lahendaval võrgustikul püsida lahenduste leidmise ja rakendamise juures, mille keskmes on noor ja tema heaolu. Mulle meeldib, et õpitud tööriistu saab rakendada ka igapäevases klienditöös.”

turvatunde taastamist ja loob usalduslikku suhet.

Vahel jõuavad juhtumid sotsiaalkindlustusameti lauale ka prokuratuurist, kui eelnev ennetav tegevus ja teenused ei ole noore riske maandanud ning enne piiravamate meetmete rakendamist soovitakse anda noorele veel üks võimalus koos võrgustikuga.

### Noore ja tema pere või hooldaja kaasamine

Viimastel aastatel räägitakse kogu maailmas üha enam vajadusest kaasata noor lastekaitseüsteemi: kui noorele ei anta tema enda juhtumis sõnaõigust ega võimalust mõjutada mure lahenduskäike, ei pruugi abi korraldus sobituda lapse vajadustega. Lief aard jt (2016) nendivad, et kui noor saab otsustes kaasa rääkida, on pakutav abi tulemuslik ja kandev. Omal ajal lastekaitstes levinud mõtteviis, mille kohaselt peeti vajalikuks lapsi osalemise eest kaitsta, et teda mitte kahjustada, on ekslik. Sotsiaalteenused ja pakutav tugi tuleb muuta lapsekeskseks süsteemiks, kus osalemine on noorele turvaline ja traumateadlikkusest lähtudes antakse talle võimalus tema elu mõjutavates otsustes kaasa rääkida.

Üks KOV-i juhtumikorraldaja kirjeldas, kui raske on noor koostööle saada: „Ma olen temaga väga palju vaeva näinud. Muudkui helistan ja üritan teenustele saada. Lõpuks see õnnestuski – sain talle aja nõustamisele!

Kui oli aeg vastuvõtule minna, siis ta ei ilmunud kohale ja telefonile ka ei vastanud.“ See on näide elust enesest. Spetsialist võib tahta parimat ja suunata noort ühelt teenuselt teisele, ent kui teenus ei kata noore vajadusi või kui nooruk ei ole selleks valmis, siis oodatud tulemust ei tule.

Tõhusaks suhtlemiseks ja kaasamiseks tuleb võrgustikul luua noorega usalduslik kontakt. See nõuab spetsialistidelt suurt pingutust, sest keerulise traumataustaga noored ei usalda täiskasvanuid ega avane kergesti. Kui spetsialistid loovad usaldusliku kontakti ja küsivad noore enese käest siira huviga, milleks ta on valmis, siis võib see osutada tõeliseks koodimurdjaks: ühtäkki hakkab noor koostööd tegema, hoiab kokkulepetest kinni, võtab vastu teenuseid ja hakkab oma elu eest vastutama. „Ringist välja“ mudel näeb ette, et ka juhtumiplaan koostatakse koos noorega. See kannabki nime „Minu plaan“, et noor tunneks, et see on tema enda plaan.

---

Mudeli rakendamine toetub sellistele väärtustele nagu süsteemsus, konfidentsiaalsus, traumateadlikkus, noorekesksus ja taastava õiguse mõtteviis.

---

Rootsi psühholoog Lina Ljung-Roseke ütles 2022. aastal Eestis peetud seminaril „Vägivallaennetus kogukonnas“, et sellel traumataustaga noorel, kelle elus on vähemalt üks toetav täiskasvanu, on suurem võimalus keerulisest olukorrast välja tulla, kui noorel, kellel niisugune täiskasvanu puudub. Ka „Ringist välja“ mudelis on oluline roll usaldusisikul, kelle noor ise välja valib võrgustiku spetsialistide hulgast või väljastpoolt. Tähtis on, et usaldusisikul oleks asjakohane ettevalmistus tööks noortega:

õpetaja, treener, juhendaja, noorsootöötaja, terapeut vms. Noore vanemad, sugulased ega lihtsalt tore naaber või täisealine sõber sellesse rolli ei sobi, kuid nende kaasamine on samuti oluline, kui noor seda soovib. Võrgustikul on võimalus lähedasi kaasates ja neile tuge pakkudes – parandades suhteid, saavutades kokkuleppeid, õpetades vanemlike oskusi – muuta noore taustüsteem teda toetavaks, mis aitab edusamme kinnistada.

Meil on olnud juhtum, kus ühe teismelise noorega oli äärmiselt keeruline kontakti saada, et toetada tema käitumismustri püsivaid muutusi. Tema vanem aga oli igakülgselt avatud. Tal oli noorega pigem sõbrasuhe, mis raskendades piiride seadmist, mida noor sel hetkel väga vajab. Võrgustik jätkas kohtumisi nooreta ja suunas tegevuse vanemale, toetades tema vanemlike oskuste arendamist. Võttis mitu kuud, kuni ka noor lõpuks andis koostööks nõusoleku. Lisaks mitmele muule asjaolule, mis noore elus muutuse esile tõid, oli üks oluline tegur just noore ja tema vanema suhtedünaamika muutus.

Nii nagu „Ringist välja“ mudeli korral tuleb spetsialistidel luua usalduslik kontakt noorega, tuleks seda teha ka lapsevanemaga, sest siingi on traumateadlikkus igati asjakohane. Põhjus, miks lapsevanem eemale hoiab, võib olla varasem halb kogemus spetsialistidega, hirm näida läbikukkunud vanemana, läbitöötamata trauma, piiravad uskumused, sõltuvussuhe vm keeruline olukord.

### **Kogukonna turvalisusesse panustamine**

Lapsesõbralik sekkumine eeldab individuaalsust, konstruktiivsust, turvalisust ja arengut toetavaid võimalusi. Erilist tähelepanu rasub pöörata kogukonna heaolu soodustavatele ja toetavatele meetmetele. (Gornischeff jt 2018). Riskikäitumisega noored seisavad silmitsi mitmesuguste

probleemidega, mis võivad mõjutada kogukonna üleüldist turvalisust, aga ka seda, kui turvaliselt noor ise ennast seal tunneb. Platt jt (2015) rõhutavad asutuste ja inimeste hästi korraldatud suhtluse vajadust, et kaasa aidata noore kogukonda lõimimisele. Kogukonna täiskasvanud liikmete toetusel ja mentorlusel on positiivne pikaajaline mõju noore arengule ja samal ajal vähendab see korduvkuritegevuse tõenäosust.

---

### **Lapsesõbralik sekkumine eeldab individuaalsust, konstruktiivsust, turvalisust ja arengut toetavaid võimalusi.**

---

Qvortrupi (2002) järgi on laps aktiivne osaleja ja kaaslooja (ingl *co-constructor*) omaenda ning ühiskonna arengus, mitte passiivne sotsialiseerimise objekt. Seepärast peavad noor ja kogukond ühise keele leidmiseks mõlemad pingutama. Oleme märganud, et kõige paremini tagavad kogukonna turvalisuse valdkonnaülesed tööühmad, kuhu on kaasatud ka juhid. See võimaldab saavutada küsimuste käsitlemise ja töövormi kokkuleppeid, kavandada tegevust kõigi osalistega arvestades ning lähtuda keeruliste olukordade lahendamisel samadest juhistest.

„Ringist välja“ tiim on käinud kogukonnaturvalisuse seminaridel rääkimas riskinoortega tegelemisest kogukonnas. Sageli peljatakse, et kohapeal ei ole piisavalt võimekust ega asjatundjaid keerulise noorega laiapindselt tegelemiseks. Sellest tingituna kipub kogukonna fookus juhtumikorralduses kaduma, kuigi vahel peitub noorele sobiva lahenduse leidmise võti just nimelt kogukonnaliikmete, noorsoo- ja haridustöötajate, treenerite jt turvaliste täiskasvanute kaasamises. Suures plaanis on oluline soodustada kogukonna koostöö



lahenduste leidmist noorte õiguskõueleka käitumise toetamiseks. Eelistada tuleks nutikaid, optimaalseid ja mõjusaid lahendusi. „Ringist välja“ mudelis on oluline teha asutuste koostööd, tugineda kogukonnale ja tugevdada võrgustikke.


### „Ringist välja“ tulevikuvaade

Oleme teinud arendustöös suuri edusamme. Välja on kujunenud võrgustikutöö terviklik mudel koos materjalidega, mida toetavad omakorda sotsiaalkindlustusameti baaskoolitus ja mentorlus alustavatele piirkondadele ning võrgustikele. Mudeli alusel on juba tuge pakutud ligemale poolesajale noorele. Projektis<sup>1</sup> on kaasa löönud KOV-d, võrgustikupartnerid, meie koostööpartnerid Soomes, valdkonna spetsialistid ja eri ministeeriumid. 2023. aasta novembri lõpu seisuga rakendatakse mudelit juhtumipõhiselt 26 KOV-is.

Mudelit „Ringist välja“ katsetatakse kuni 2023. aasta lõpuni. Aastatel 2024–2027

jätkatakse mudeli arendamisega, rakendamise ja laialdasema kasutusele võtmisega kohalikes omavalitustes koostöös siseministeeriumiga elluviidava ESF-i rahastatud projekti „Ennetava ja turvalise elukeskkonna arendamine“ raames ühe alategevusena.

Töötame iga päev selle nimel, jõudmaks tulevikus niikaugele, et „Ringist välja“ oleks iga juhtumikorraldaja üks tööriist ja igal noorel, kellel on selle järele vajadus, on võimalik saada selle kaudu tuge. Mudeli laiem kasutuselevõtt võrgustiku tööriistana toetab kohalikke omavalitsusi erialateadmistega, võrgustikutöö pädevuse suurendamisega ja koostöösüsteemi kujundamisega. Kõigile juba tegutsevatele võrgustikele pakume ka edaspidi rakendustuge ja mentorlust ning toetame protsessijuhtimist eriti keeruliste juhtumitega tegelemisel.

„Ringist välja“ mudeli kohta saab täpsemalt lugeda ka sotsiaalkindlustusameti kodulehelt. 

### Viidatud allikad

- Gornischeff, K., Saia, K., Toros, K., Ülviste, E. (2018). Lapsesõbraliku õigusemõistmise kontseptsiooni ja selle põhimõtete rakendamine Eesti õigussüsteemis alaealiste õigusrikkujate juhtumite kohtulahendite näitel. *Acta Politica Estica*, 9, 24–62.
- Justiitsministeerium. (2020). Kriminaalpoliitika põhialused aastani 2030. Riigikogu otsus. *Riigi Teataja III*, 13.11.2020, 6.
- Korp, E., Rääk, R. (2004). *Lastekaitsetöö kohalikus omavalitsuses*. Käsiraamat. Tallinn: Tervise arengu instituut.
- Liefwaard, T., Rap, S., Bolscher, A. (2016). *Can anyone hear me? Improving juvenile justice systems in Europe: A toolkit for the training of professionals*. Brüssel: International Juvenile Justice Observatory.
- Ljung-Roseke, L. (2022). *Vägivallaennetus kogukonnas* (ettekannet seminaril). Raplas, 3. novembril.
- Platt, J. S., Bohac, P. D., Wade, W. (2015). Challenges in providing needed transition programming to juvenile offenders. *Journal of Correctional Education*, 66(1), 4–20.
- Qvortrup, J. (2002). *Sociology of childhood: Conceptual liberation*. Teoses: F. Mouritsen, J. Qvortrup (toim.) *Childhood and children's culture*. Odense: University Press of Southern Denmark.

<sup>1</sup> „Ringist välja“ mudelit rakendatakse Euroopa majanduspiirkonna ja Norra finantsmehhanismide 2014–2021 toel rahastatud programmi „Kohalik areng ja vaesuse vähendamine“ projekti „Alaealiste erikohtlemise süsteemi loomine“ vahenditest.

**Liina Lokko, MSc**

terviseteadused, rahvatervishoid, epidemioloogia  
Varajase Kaasamise Keskuse asutaja ja juhatuse liige

## Rehabilitatsiooniteenus teenuseosutaja pilguga

Rehabilitatsioonisüsteemis pakutav abi on väga mitmetahuline ja klientide toetamiseks tuleb omavahel teha tihedalt koostööd. Võrgustikutöös saab kujundada kliendile oluliselt paremad, tema erivajadusi arvestavad tingimused ja tagada toetuse koolis, lasteaias, huvihariduses ning mujal.

Kes on valdkonnaga pikemalt kokku puutunud, mäletab viieteistkümne aasta tagust korraldust, kui paberi ja pliiatsi abil koostati sarnase põhimõtte järgi rehabilitatsiooniplaan nii lastele, täisealistele kui ka vanaduspensionärile, olenemata vanusest, probleemist või eesmärgist. Psüühikahäirega täisealiste hinnatavate valdkondade spekter oli pisut laiem, kuid pakutavad teenused sarnased. Rehabilitatsiooniväljaõpet ei olnud üldse, kõik teadmised olid isetekkelised või õnnelik juhus. Asutuste vahel jagati N süsteemi alusel eelarve raha ära ja igäüks siis ise vaatas, kas sai tööd teha ja osutada teenust terve kalendriaasta või jagus eraldatud rahast kaheks kuuks. Igale spetsialistile oli selge, et teenuse sihipärast arendust nõnda üles ei ehita.

Siis rahastussüsteemi muudeti ja vaade avarus, iga klient sai valida endale sobiva asutuse. Üllatusega avastas osa teenuseosutajaid, et täis- või pensionialised ei ole

sotsiaalse rehabilitatsiooni teenusega alati rahul, sest mõnel teisel asutusel on basseini või vähemasti mullivanni, kus klient saab end mõnusasti nädalake aastas leotada. Ja toredate sotsiaaltöötajaga võib ju ka pisut juttu ajada, kui nii just on ette nähtud. Nädala jooksul sai rehabiliteerimisplaan ka valmis ja ega selle sisul suurt vahet olnud, sest järgmine mõnus puhkuschetk saabus alles aasta pärast.

---

Varajase Kaasamise Keskus on aastaid keskendunud eelkõige laste ja noorukite rehabilitatsioonile.

---

Õnneks sai ka see aeg mööda. Tuli töövõimereform, teenuste vajaduse eelhindamine ja selgemad piirid sihtgruppidele, kas tööturule liikumise või sotsiaalse kaasatuse suunas, tõsiste terviseprobleemide korral hoopis taastusravi poole. Kogu selle aja

jooksul on olnud üksjagu asutusi, kes teenindavad kõiki sihtrühmi vanusest või kliendi seisundit mõjutavast terviseprobleemist olenemata.

Varajase Kaasamise Keskuse eestvedajad ja spetsialistid on endale aru andnud, et neil imevõimeid ei ole, seetõttu on aastaid keskendunud eelkõige laste ja noorukite rehabilitatsioonile. Aja jooksul seadsime veel kitsama fookuse – varajase märkamise ja eelkõige võimete arendamisele suunatud teenused intellekti- ja/või psüühikahäirega lastele ning nende peredele.

### **Millest lähtusime sihtrühma kujundamisel?**

Mida selgemini on kindlaks määratud sihtrühm, seda lihtsam on teenust arendada: nii vajaduse hindamiseks kui ka teenuse osutamiseks saab kujundada tõendus põhiseid meetodeid. Sihitatult on oluliselt mõistlikum ja ka kuluefektiivsem planeerida meeskonnaliikmete väljaõpet, järjepidevat toetamist ning sobivate töövahendite valikut. Väga keeruline oleks kavandada meeskonnaliikmete arendamist ja täiendusõpet, kui spetsialist peab tundma peensusteni nii intellektipuudega laste kui näiteks ka traumajärgsete probleemidega täiskasvanute abistamiseks mõeldud meetodikat.

Oleme kuulnud näiteks küsitavat, miks meie füsioteraapiaruum on üsna tagasihoidliku sisustusega, aga nii ongi just meie sihtgrupi pärast. Me teeme toetavat füsioteraapiat: aitame leida sobivad harjutused üldfüüsilise tervise toetamiseks ja nõustame lapsevanemat, et ta mõistaks mõõduka füüsilise koormuse tähtsust lapse psüühilise seisundi toetamisel või arendamisel. Vaimse

tervise füsioteraapia<sup>1</sup> eesmärk on toetada heaolu ja anda inimesele jõudu, edendades funktsionaalset liikumist, liikumisteadlikkust, toetada füüsilist aktiivsust ja teha harjutusi, tuues kokku füüsilised ja vaimsed tahud.

---

Sihitatult on oluliselt mõistlikum ja ka kuluefektiivsem planeerida meeskonnaliikmete väljaõpet, järjepidevat toetamist ning sobivate töövahendite valikut.

---

Teine eripära, mis mõnikord üllatust pakub, on eripedagoogide suur osa meie meeskonnas. Iganenud arusaama järgi töötavad eripedagoogid enamasti haridusasutustes, eelkõige koolides, aga järjest enam ka lasteasutustes. Mida aga ütleb laste rehabilitatsiooni teaduspõhine käsitlus? Varajane sekkumine eeldab, et eripedagoogid on kaasatud. Tähtis on ka teada, et varajaseks sekkumiseks tuleb osutada lapsele ja perele teenuseid justnimelt imiku- ja väikelapseas, kui laps ei ole veel lasteasutusse jõudnud (Centers for Disease Control and Prevention 2023).

### **Millistest põhimõtetest lähtume?**

**Pühendumine kliendi abistamisele**  
Sotsiaalset rehabilitatsiooni määratletakse teadusuuringutes kui dünaamilist protsessi, kus olulised on teadvustatud probleemid, keskkond, planeeritud tegevus, sotsiaalne suhtlus, enese äratundmine, toimetulek ja rahulolu (Portillo ja Cowley 2011). Seetõttu on rehabilitatsioonimeeskonna iga liikme sisemine eetilise kohustus ennast pidevalt arendada, et klient saaks parima lahenduse.

---

<sup>1</sup> Vaimse tervisega tegelevad füsioterapeudid kuuluvad multidistsiplinaarsesse meeskonda ja panustavad erialade koostöösse. Vaimse tervise füsioteraapia põhineb olemasolevatel teaduslikel ja parimatel kliinilistel tõenditel. (World Physiotherapy i.a).

Anname endile selgelt aru, et kõigile ei saa meeldida, nagu ka kõiki olukordi ei ole võimalik leevendada, kuid meeskonnas kokkulepitud põhimõtetele toetumine tagab südamerahu ja vähendab läbipõlemise ohtu.

### Tõenduspõhisusele toetumine

Kas teame, mis on tegelik probleem või tegeleme ainult sellega, mis välja paistab? Eesti sotsiaalse rehabilitatsiooni üks ohukohti on kindlasti asjaolu, et meeskondadel ei ole objektiivset infot lapse tegeliku tervise seisundi kohta. Info pärineb sageli vanemalt ja kui too ei oska mõista või ei pea oluliseks probleemi seost lapse terviseandmetega, võib abistamise raskuskese nihkuda väliselt nähtava probleemi lahendamisele.

Väga igapäevane näide on lapse kõne mahajäämus. See on vanemale väga selgesti tajutav probleem. Kuid mis on mahajäämuse põhjus? Äkki tuleneb see pervasiivsest arenguhäirest?<sup>2</sup> Või on puuduliku kõne põhjus neuroloogiline probleem ja kaasuv intellektihäire? Kas saame loota, et lapsel areneb kõne mõistmine ja ka kasutamine eakohaseks, kui ta saab intensiivset logopeedilist abi? Millised meetodid kõne arendamiseks üldse sobivad, äkki peaks käitumisprobleemide ennetamiseks või vähendamiseks võtma abiks alternatiivsed kommunikatsioonivahendid?

Rehabilitatsioonimeeskonna töö on lihtsam, kui lapse kognitiivseid võimeid on eelnevalt uuritud ja vanem jagab meeskonnaga lapse terviseandmete kohta objektiivset infot. Koostöö ja vanema nõustamine on seejuures äärmiselt oluline, sest kui vanem mõistab, miks meeskond soovib tutvuda eriarsti hinnangutega, kulub probleemi

selgitamisele ja rehabilitatsiooni eesmärkide sõnastamisele palju vähem aega. (Marrus ja Hall 2017)

Sama lugu on nii eelkooli kui ka kooliealiste laste käitumisprobleemide korral sobivate sekkumiste kavandamisega. Miks laps käitub ebasobivalt? Mis on vaimse tervise seisundist tulenevad põhjused või mis on keskkonna mõjuritest tingitud? Mõlema probleemiga saab rehabilitatsioonimeeskond tegeleda, kuid vaja on rakendada erinevaid meetodikaid ja sekkumisviise. Kui psüühikahäirega laps ei talu oma neuroloogilise eripära tõttu eredat valgust, teda ärritavaid hääletoone või ei oska mõista teise lapse tundeid, saab teenuste käigus nii peret kui ka last õpetada sellega toime tulema. Samal ajal on tõenäoliselt vaja ümber kujundada ka kodu- või õpikeskkond.

Üks näide praktikast. Laps ei suhtle lasteaias ühegi täiskasvanuga, eelistab olla omaette. Kodus väidetavalt kõneleb lausetega ega esine suhtlusprobleeme. Enne kooli diagnoosib psühhiaater lapsel valikulise mutismi ning laps saab puude ja õiguse rehabilitatsiooniteenusele. Millega seoses hakataks seadma rehabilitatsiooni eesmärgi, kui ei teaks, et lapsel on valikulise mutismi diagnoos? Kõne? Suhtlusoskus? Psühholoogiline tasakaal? Mõnikord ei ole vaja last teenustega üle külvata, vaid toetada vanemaid olukorra mõistmisel ja nõustada õpetajat, et laps saaks täiskasvanuga suhtlemisel kasutada digivahendeid, kodutöid salvestada jms.

### Pere kaasamine

Erivajadusega laste pere kaasamine peaks olema nii loomulik, et selle üle enam isegi

<sup>2</sup> Pervasiivse arenguhäire mõiste alla on koondatud viis neuropsühhiaatrilist häiret – autism, Retti sündroom, lapsea desintegratiivne häire, Aspergeri sündroom ja pervasiivne arenguhäire, mida pole teisiti täpsustatud (Boseck jt 2013).

ei arutleta. Kahjuks aga tuleb ikka ette, et vanem ei tea, millist abi on lapsele lasteaias, koolis või ka kliiniliste spetsialistide juures antud. Laps käib mõnel tugiteenusel, aga eesmärgid on jäänud vanemale arusaamatuks või üldse läbi arutamata.

Meie püüame lähtuda sellest, et intellekti- või psüühikahäirega laste korral kiireid lahendusi ei ole, mõnikord on tuge vaja kogu elu. Seega tuleb väga suurt rõhku panna pere toetamisele. Perekonna vastupidavus on oluline lähedase pikaajalise hooldamisega seotud stressiteguritega toimetulekul. Rehabilitatsioonimeeskond saab pere toimetulekuoskusi parandada nii pere sisemiste tugisüsteemide arendamise kui ka väliste tugisüsteemide kaasamise kaudu. Pikaajalist hooldust käsitlev metanalüüs (Kuang jt 2022) võtab taas kokku perekonna vastupanuvõimel põhinevate sekumiste väljatöötamise tähtsuse. Analüüsi järeldused soovivad kujundada perede vastupanuvõime suurenemiseks mitmetasandilisi tugivõrgustikke, mis koosnevad nii mitut tüüpi multidistsiplinaarsetest spetsialistide võrgustikest kui ka sotsiaalsest võrgustikest.

Kui suudame sõnastada probleemi, lähtudes asjakohasest uuringutest, hoiame kokku vahendeid ja seame objektiivsed ning saavutatavad eesmärgid. Kui lapsele ei ole uuringuid tehtud, võib ka see olla rehabilitatsiooniprotsessi osa, et meeskonna toel saab peret piisavalt nõustada ja uuringud lõpule viidud.

### **Meeskonnatöö ja võrgustikutöö**

Töötame meeskonnana, kus omavaheline suhtlus on igapäevane. Kabinetis lapsi korda teha ei ole võimalik. Väga oluline meie töös on võrgustikutöö pere, haridus- asutuste, kohalike omavalitsuste ja klienti

ümbritsevate muude spetsialistidega. Meeskonnatöö arendamisel oleme lähtunud kahest erinevast teaduslikust vaatest (Norrefalk 2003).

### **Koordineeritud valdkonnaülene meeskonnatöö**

Selle töötamisviisi korral seatakse ühised eesmärgid ja iga valdkonna spetsialist püüab nende kallal oma seanssidel töötada.

Kasutame igapäevatoos seda põhimõtet koos juhtumikorraldusliku mudeliga. Milles see väljub? Töötame kahes meeskonnas, mis omakorda jagunevad väiksemateks juhtumitiimideks. Näiteks Otepää meeskonnas töötab kümme spetsialisti. Igal juhtumil on oma sotsiaaltöötaja, kelle ülesanne on olla juhtumikorraldaja ja enamasti koordineerida ka meeskonnavälist võrgustikutööd. Ühe juhtumiga on meie meeskonnast seotud enamasti 3–4 spetsialisti. Valik oleneb kliendi vajadustest.

---

### **Intellekti- või psüühikahäirega laste rehabilitatsioonis tuleb panna rõhku pere toetamisele.**

---

Näiteks tuleb hindamisele kõnetu kolmeaastane käitumisraskustega laps. Hindamistulemuste ja meeskonna otsuse kohaselt võib sel juhul koosneda põhitiim teenuste esimeses etapis sotsiaaltöötajast, eripedagoogist, loovterapeutist ja/või psühholoogist. Kohe võib tekkida küsimus, miks ei ole aktiivselt kaasatud logopeed. Vastus: selleks, et kolmeaastasel tekiksid koostööoskused ja püsivus teenusel osalemiseks, on vaja esmalt kujundada mänguoskused ja õpetada vanemaid. Kolmeaastase arendustegevus peab eelkõige toimuma tema igapäevases keskkonnas ehk eelkõige tuleb õpetada lapsevanemat, kuidas last

kodus aidata ja kuidas luua lapsele arendav kõnekeskkond: millised on kõne arengut toetavad mängud, miks on oluline kujundada igapäevased rutiinid, millest tekivad kõnetul lapsel käitumisprobleemid, mis oleksid väljendusvõimaluste arendamise abivahendid jne (Hallap ja Padrik 2008).

Regulaarsed meeskonnaarutelud annavad võimaluse arutleda edusammude ja tagasilöökidest üle, vajadusel korrigeeritakse eesmärgid või seatakse prioriteete ümber.

### Valdkonnaüleline lõimitud meeskonnatöö

Keerulisemate või ajakriitiliste juhtumite korral rakendame valdkonnaülel lõimitud meeskonnatööd (Norrefalk 2003). Sellistel juhtudel on edu saavutamiseks vaja tegevusse või ümarlaudadesse kaasata spetsialiste ka väljastpoolt rehabilitatsioonisüsteemi. Väga tavapärast on siis samade eesmärkide saavutamisesse kaasatud näiteks lasteaiad või kool, lastekaitsetöötaja või kliinilised spetsialistid.

---

### Heade koostöösuhete korral piisab võrgustiku aktiveerimiseks vaid kõnest lastekaitsetöötajale või kooli tugimeeskonnale.

---

Näiteks avaldab laps rehabilitatsiooni-spetsialisti vastuvõtul ajal, et teda on paar aastat tagasi seksuaalselt väärkoheldud. Rehabilitatsiooniplaani tegevuskavas ettenähtud eesmärkide täitmine ei ole enam objektiivselt võimalik, sest lapselt saadud info mõjutab kogu toetusprotsessis nii ajaliste kui ka sisuliste eesmärkide täitmist ja tõenäoliselt tuleb rakendada ka teistsugust metoodikat. Sageli tuleb edasise töö kavandamiseks spetsialistil eraldi pingutada, et laps või noor mõistaks, miks see info ei saa

jääda tema ja spetsialisti vahele, miks tuleb kaasata teised meeskonnaliikmed ja tugivõrgustik väljastpoolt. Tavapärast vastutab sel juhul rehabilitatsioonimeeskonna juhtumikorraldaja väliste osaliste kaasamise eest ja võrgustikutöö käigus lepatakse kokku lapse abistamise edasised sammud. Mõnikord peab jääma rehabilitatsiooniprotsess pausile, et tagada lapsele eelkõige kliiniline abi ja turvaline kasvukeskkond.

Rehabilitatsioonispetsialist saab võrgustikukohtumisel teadlikult hakata last toetama, sest valdkonnaülese meeskonnatöö tulemusena on tal ülevaade mitmekülgsem, kui oleks vaid oma valdkonna spetsialistina. Üldiselt ei ole võimalik alaealisi võrgustikukohtumistesse kaasata, samuti ei ole alati võimalik vanemal osaleda näiteks kohtumistel kooli või lasteaia esindajatega, seega on meeskonnaliikmel peret toetav hääl. Toetavat häält on vaja ka keeruliste lugude korral perede motivatsiooni hoidmiseks või suurendamiseks. Neile toe pakkumiseks on eriti oluline pidevalt suhelda last ja peret ümbritsevate spetsialistidega.

Meie kogemuse kohaselt on võrgustikutöös kujundatud kliendile oluliselt paremad, tema erivajadusi arvestavad tingimused ja tagatud tugi koolis, lasteaias, huvihariduses ning mujal. Heade koostöösuhete korral piisab võrgustiku aktiveerimiseks vaid kõnest lastekaitsetöötajale või kooli tugimeeskonnale. Kehvematel juhtudel kaotame aega ja vahendeid ametlike teadete koostamisele ning tulemuslikkus on ikkagi küsitav.

### Kvaliteet ja arenguvõimalused

Kuidas meie mõistame kvaliteeti ja mida me selle kindlustamiseks teeme? Üks osa kvaliteedinäitajast on teenuse kasutaja rahulolu, tagasipöördumine või hea sõna. Kvaliteedi tagamise teine pool on teadlik töö juhtimisprotsessidega. Oleme rakendanud ISO9001

## Meeskonna spetsialistide kommentaarid

**Maris Annus**, loovterapeut: „Rehabilitatsioonisüsteemis kliendile pakutav abi on väga mitmetahuline. Selleks et kliente toetada, tuleb omavahel teha tihedalt koostööd. Rehabilitatsioonis töötamise väärtus seisnebki minu jaoks selles, et saab töötada meeskonnana kliendi eesmärkide saavutamise suunas. Töö mitmetahulisus aitab mul spetsialistina pidevalt õppida ja areneda.

**Laura-Liis Hanikat**, psühholoog: „Rehabilitatsioonisüsteemis töötamine võimaldab spetsialistina toeks olla väga mitmekülgsel klientuuril. Seetõttu ei ole ükski päev ühesugune. Niisugune mitmekülgus on miski, mis õpetab meid iga kliendi juures märkama just neid detaile, mille abil saame nende jaoks olemas olla nii hästi kui võimalik, lähtuvalt iga kliendi individuaalsetest vajadustest.”

**Kati Helmeste-Riet**, eripedagoog: „Rehabilitatsioonis töötamine on minu jaoks mõnusalt vaheldusrikas ja põnev. Kuigi lastele mõjub rutiin väga turvaliselt ja tuge pakkuvalt, eelistan mina eripedagoogina väljakutseid ja rutiinivabadust. Ükski juhtum ei kordu ja just seetõttu on mul võimalik oma õpitud teadmisi maksimaalselt kasutada.”

juhtimissüsteemi esimesest tööaastast. Järgides rahvusvahelist kvaliteedijuhtimissüsteemi, tegutseme pidevalt selle nimel, et suurendada klientide rahulolu, vastates nende ootustele ja vajadustele ning järgides õigusaktide nõudeid. Kvaliteedisüsteem määrab tingimused organisatsiooni struktuurist klientide rahulolu tasemeni, kogutud andmete analüüsist protsesside tõhusa juhtimiseni, siseaudititest toote kujundamiseni, ostmisest müügineni.

Igal aastal kohtume rahvusvahelise audiitoriga, mis paneb südame põksuma, aga annab kindla teadmise, et me ei suuda ära võtta ebaõnnestumise või halva kogemuse riski, kuid saame teadlikult astuda samme selle riski minimeerimiseks või ebaõnnestunud kogemusest õppimiseks. Igapäevatöös mõjutab süsteem iga spetsialisti: ta teab, millised on protsessid, kui on vaja märku anda abivajavast lapsest; millised on koolituspõhimõtted; kus asuvad süstematiseeritud dokumendid, et oma tööks abi leida jne. Igasugune asjatu sahmimine on viidud miinimumini, et tegeleda põhitöö,

kliendi abistamisega. Seetõttu oli paljudele organisatsioonidele keeruline koroonaaeg oluliselt lihtsam üle elada: automaatsed süsteemid, digilahendused, turvatud tööarvutid, millega saab teha kaugtööd, võeti otsekohe kasutusele ja teenuste osutamine ei katkenud rohkem kui esimeseks nädalaks, mis läks kogu ühiskonnas kohanemisele.

---

### Kvaliteedi tagamise üks osa on teadlik töö juhtimisprotsessidega.

---

Ka pärast pandeemiat tehtud teadusuuringud kinnitavad, et asutused, kus oli rõhku pandud protsesside automatiseerimisele või kaugtöö võimaluste kasutamisele, said muutunud keskkonnaga paremini hakkama. Kiire üleminek veebi- ja kaugnõustamistele oli lihtne asutustes, kus töökoht oli juba enne pilvepõhine ning digitehnoloogia kasutamine ka nõustamisprotsessis oli seetõttu pigem mugavustsoonist väljatulek kui suur tehnoloogiline väljakutse (WHO 2020). Positiivse õppetunnina


saab kindlasti välja tuua üldise kaugnõustamiskultuuri väljakujunemise ja oluliselt tõhusamalt korraldatava võrgustikutöö, kus kohtumistele või koosolekutele sõitmise aeg jäi põhimõtteliselt ära.

### Kas tõesti on rehabilitatsiooni-meeskonna elu ideaalne?

Lihtne vastus on selge ei. Läbipõlemine, spetsialistide ettevalmistuse nõrgad kohad, noore naiskollektiivi ja pereplaneerimisega kaasas käivad organisatsioonirõõmud, enesekriitilisus, liiga suured ootused nii endile kui ka klientidele, ebarealistlikud soovid jne on kõik ka meie argipäev. Aga mida rohkem me ohukohti teame, seda paremini suudame neid ennetada: meeskonnaäritused, ühised lõunad, avatud suhtlemine ja mõnikord ka must huumor, sallimatus ussitamise ja intriigide vastu ning üksteisest hoolimine on võtmesõnad. Sõnastasime oma meeskonnaga „soovid kuldkalakesele“ vastuseks

küsimusele, mida me rehabilitatsioonisüsteemi tulevikult ootame.

Rehabilitatsioonisüsteemi muudaksid paremaks:

- Ennetavad sekkumised lastele, kellele ei ole vaja määrata puuet, aga kelle psüühikahäire väljakujunemise ennetamiseks on vaja meeskondlikult sekkuda. Näiteks väheste eneseregulatsioonioskuste ja käitumisprobleemidega väikelapsed, kellele haridusvaldkonna sekkumistest ei piisa.
- Tõendus põhine ja sihtrühmale suunatud teenuste väljakujundamine.
- Tõendus põhised regulaarsed koolitused tööks intellektihäire ja/või psüühikahäirega laste ja täiskasvanutega.
- Peretöö tähtsustamine ja selge sõnaga väärtustamine nii planeerimisel kui ka teenuste rahastamisel.
- Tõhusamad digilahendused, mis lubaks automaatselt suhelda kohaliku omavalitsuse ja tervishoiusüsteemiga. 

### Viidatud allikad

- Boeck, J. J., Roberds, E. L., Davis, A. S.** (2013). Pervasive developmental disorders. Teoses: L. A. Reddy, A. S. Weissman, J. B. Hale (toim.). *Neuropsychological assessment and intervention for youth: An evidence-based approach to emotional and behavioral disorders*. (247–269). American Psychological Association.
- Centers for Disease Control and Prevention.** (2023). *What is “Early Intervention”?* [www.cdc.gov/ncbddd/actearly/parents/states.html](https://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/parents/states.html) (26.10.2023).
- Hallap, M., Padrik, M.** (2008). *Lapse kõne arendamine*. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus.
- Kuang, Y., Wang, M., Yu, N. X., Jia, S. ... Wang, A.** (2022). Family resilience of patients requiring long-term care: A meta-synthesis of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*, 32(13–14), 4159–4175.
- Marrus, N., Hall, L.** (2017). Intellectual Disability and Language Disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 26(3), 539–554.
- Norrefalk, J.–R.** (2003). How do we define multidisciplinary rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 100–101.
- Portillo, M., Cowley, S.** (2011). Social rehabilitation in long-term conditions: learning about the process. *Journal of Advanced Nursing*, 67(6), 1329–1340.
- World Health Organization.** (2020). *Maintaining essential health services: operational guidance for the Covid-19 context*.
- World Physiotherapy** (i.a). *Physiotherapy in mental health*. <https://world.physio/subgroups/mental-health> (26.10.2023).



**Kadri Tomera***juhataja***Katrin Saliste***psühholoog-loovterapeut, meeskonnas aastast 2016*

## Keila teraapiakeskuses arendatakse teenuseid koos kogukonnaga

Igäüks tahab tunda end vajalikuna, olla ära kuulatud, millegi osa, kuuluda kuhugi. Piirkondlik rehabilitatsiooniasutus saab teenuse kasutajaid igakülgset toetada koostöös kogukonnaga.

Rehabilitatsioon laiemas mõistes on inimese arengut soodustav või selle puudusi kompenseeriv protsess, mille käigus osutatakse lõimituna mitmesuguseid tugiteenuseid. Kitsamas mõistes on see ka eri liiki teraapiate ja nõustamise pakett: sotsiaalne nõustamine, psühholoogiline abi, füsioteraapia, tegevusteraapia, loovteraapia, kogemusnõustamine, õendusteenus jne. See on kompleksteenus, millel on kindel inimese arenguga seotud eesmärk.

### Rehabilitatsiooniasutus on võrgustiku osa

Keila teraapiakeskus pakub üksikuid teraapiateenuseid, aga tegutseb ka rehabilitatsiooniasutusena, mis töötab piirkondlikul põhimõttel kohalike kogukondade hüvanguks ja hõlmab Harjumaa lääneosa. Lisaks

korraldame kogukonnaliikmetele huviringe ja treeninguid.

Abivajavad pered ei tea tihti, millist abi nad võiks saada ja mida selleks teha. Väiksemas asumis ja kogukonnas tegutseva rehabilitatsiooniasutuse üks ülesanne on ka nõustada peresid, kes vajavad abi, aga ei oska seda küsida ega taotleda.

Esimene ülesanne on aru saada, kas on üldse vaja kompleksset riiklikku rehabilitatsiooniteenust või piisab üksikutest teenustest. Laps saab esmatasandi teenused lasteaiast või koolist, suurema abivajaduse korral otsib pere ise juurde täiendavaid spetsialistide teenuseid, nt teraapiat või suunab teenustele kohalik omavalitsus. Alles püsivama abivajaduse korral tekib vajadus kompleksteenuse järele.

Kui laps või täiskasvanu suunatakse kompleksteenusele (osutame nii

sotsiaalkindlustusameti korraldatavat sotsiaalse rehabilitatsiooni teenust kui ka töötukassa korraldatavat tööalase rehabilitatsiooni teenust), algab teenuse osutamine individuaalse tegevuskava koostamisest, mille alusel osutatakse hiljem konkreetseid teenuseid, et aidata saavutada üheskoos kokkulepitud eesmäärke.

Tavaliselt suunatakse inimene teenusele kaheks aastaks. Rehabilitatsioonimeeskonnad osutavad teenuseid kindlas piirkonnas, kindla pädevuse alusel või kõrvalteenusena sotsiaalvaldkonna asutuse või mõne tervishoiuasutuse juures.

---

**Meie võrgustikus on peaaegu kolmkümmend terapeuti ja nõustajat, keda ühendab soov pakkuda kliendile võimalikult head erialast tuge.**

---

Piirkondlikul asutusel on tähtis suhelda terve kogukondliku võrgustikuga. Näiteks lapse võrgustikuks on inimesed ja asutused, kes aitavad kaasa tema arengule, eelkõige pere ja õppeasutus, aga vajaduse korral ka perearst ning kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajad. Igal võrgustikulil on oma osa, aga parima tulemuse tagab koostöö ja aktiivne infovahetus. Rehabilitatsiooniteenuse alguses kogutakse infot ja täpsustatakse nii inimese vajadusi kui ka võrgustiku võimalusi. Selle käigus nõustavad meeskonna spetsialistid vanemaid, et koostada võimalikult konkreetne tegevuskava.

### **Rehabilitatsiooniteenused Keilas**

Keila rehabilitatsioonimeeskond alustas 2013. aastal viieliikmelisena. Kümme aastat tagasi kehtis nõue, et meeskonnas

peab olema vähemalt viis spetsialisti. Meil olid logopeed, psühholoog, sotsiaaltöötaja, loovterapeut ja füsioterapeut. Teenuse arendamise mõte tekkis isiklikust lapsega seotud rehabilitatsiooniteenuse vajadusest: Keilas ja lähiumbruses selleks võimalust ei olnud.

Alguses olid spetsialistide töötingimused üsna kasinad: viiekesi jagati kaht vastuvõturuumi. Näiteks algas päev kell 9 loovterapeudi ja jätkus kell 13 logopeedi vastuvõtu, kell 16 tuli psühholoog, et paari lapsevanemat nõustada. Meeskonnaliikmed nägid teineteist vilksamisi, kui ruum üle anti või tekkis väike paus kõrvaltoas tegutseva spetsialistiga samal ajal. Hoolimata nappidest tingimustest oli meil palju õhinapõhisust, hea meeskonnavaim ja teadmine, et teeme kasulikku asja ning töötame ühise eesmärgi nimel.

Uutesse mugavatesse ja valgusküllastesse ruumidesse kolisime 2018. aasta alguses. Sisustasime need nii, et tööle tulles oleks kodune tunne.

Meeskond on iga aastaga kasvanud kolme-nelja spetsialisti võrra. Praeguseks on meie võrgustikus peaaegu kolmkümmend terapeuti ja nõustajat, keda ühendab soov ise pidevalt paremaks muutudes pakkuda kliendile võimalikult head erialast tuge.

Tänu ühistele väärtustele suudame loodetavasti üha komplekssemat teenust osutada ja olla hea partner kohalikule kogukonnale.

### **Tegutsetakse meeskonnas**

Erineva pädevusega spetsialistide meeskond suudab leida parima viisi, kuidas toetada klienti temaga koos sõnastatud eesmärgi saavutamisel ja luua temaga hea ning usalduslik kontakt.

Ühte laiapõhjalisse meeskonda kuulubki vähemalt kümme spetsialisti: sotsiaaltöötaja, psühholoog, eripedagoog, logopeed,

tegevusterapeut, füsioterapeut, loovterapeut (tantsu- ja liikumisteraapia, visuaalkunstiteraapia, muusikateraapia), õde, arst, kogemusnõustaja jt. Oluline on eristada, et näiteks arst ja õde ei tegele kõnealusel juhul raviga, vaid on meeskonnas nõustajad.

Klient on teenuse ajal seotud ühe kindla asutusega ja on suurepärane, kui rehabilitatsiooniteenust osutava asutuse meeskonnas on kõik eespool nimetatud spetsialistid. Väiksemas kogukonnas on võimatu tagada kõigile spetsialistidele ühtlast koormust. Spetsialiste on vaja juhtumipõhiselt, seetõttu on hädavajalik rehabilitatsiooniasutuste koostöö ja terapeutide võrgustik, keda saab kaasata teenuse osutamisel.

Rehabilitatsiooniasutuste tegevus erineb mõnevõrra: on selliseid, kus keskendutakse rohkem konkreetsetele teraapiatele, on ka neid, kuhu tuleb kaugemalt kohale sõita lühiajalise teenusepaketi saamiseks. Keila teraapiakeskuses soovime piirkondliku asutusena pakkuda kliendile tema soovidest ja vajadustest lähtuvalt teenuseid pikemale ajale hajutatuna. Seega jagame erinevad teenused üldiselt kahele aastale, et toetada kestva arenguprotsessi. Kui laps saab juba lasteaiast või koolist eripedagoogi või logopeedi teenust, siis me rehabilitatsiooniteenuste raames seda ei dubleeri, vaid teeme haridusasutusega tihedat koostööd, et teenused omavahel sobituksid.

### **Koostöös jõuame tulemusteni**

Koos asutuse kasvamisega on suurenenud ka teenusesaajate arv, mis on märk sellest, et abi otsitakse üha rohkem ja selleni ka jõutakse. Milliseid tulemusi ja kui kiiresti õnnestub rehabilitatsiooniga saavutada, oleneb olukorrast. Mõni inimene tuleb rehabilitatsiooniteenusele, saab vajaliku toe kiiresti, kahe aastaga ega vaja edaspidi rohkem kompleks-teenust. Aga on ka juhtumeid, kui inimese

toimetulekus toimub küll teatav areng, kuid abivajadus jääb kestma kauemaks. Palju ole-  
neb inimese enda motivatsioonist olukorda parandada.

Laste puhul on keskne roll alati perel ja lähedastel. Ka on laste teenuse periood tavaliselt pikem kui kaks aastat, sest laste-  
aiaaegalisena kohanetakse sealse keskkonnaga, kooli minnes tekib lapse jaoks uus olukord ja uued nõudmised ning teised toetamist vajavad asjaolud.

---

**Spetsialiste on vaja juhtumipõhiselt, seetõttu on hädavajalik rehabilitatsiooniasutuste koostöö ja terapeutide võrgustik, keda saab kaasata teenuse osutamisel.**

---

Üha rohkem kogeme, kui oluline on teha koostööd kohalike omavalitsuste, haridus-  
asutuste, perearstide ja sotsiaalvaldkonnaga üldisemalt. Tihti on kohalik omavalitsus piirkonna haridusasutuste pidaja, aga ka kohalikul tasandil sotsiaalteenuste osutaja.

Kohaliku omavalitsuse laste heaolu spetsialistid kaasavad abivajaja toetamisel lisaks pereliikmetele ka rehabilitatsiooniteenuse osutaja, kooli või lasteaiaga. Kui omavalitsus suudab juhtumit koordineerida ja oma allasutuste kaudu teenuseid osutada, siis võibki koostöö teraapiakeskusega piirduda mõne kindla teraapiaga ja kompleksteenust pole vaja. Keerulisemate juhtude korral aga võidakse rehabilitatsiooniasutus kaasata ka juhtumi lahendamisse välise eksperdina. Keilas ja Lääne-Harjumaal sujub koostöö omavalitsustega väga hästi, kuid üle riigi võib omavalitsuste pädevus inimeste juhendamisel rehabilitatsiooniteenuste saamiseks olla üpris erinev ja ka perearstide ning koolide-lasteaedade töötajate teadmised

rehabilitatsioonivõimalustest pole tihti piisavad.

### Teenuse rahastus peaks arvestama kõiki kulusid

Rehabilitatsioon kui kompleksteenuse näeb ette terviklikku kliendi vajadustest lähtuvat teenuseosutamist pikema aja jooksul, et saavutada rehabilitatsiooniplaanis seatud eesmärgid. Kahjuks riiklik rahastusmudel seda niisugusel kujul ei toeta: kaetakse konkreetsete teenuste osutamise kulusid, kuid ei peeta silmas terviklikku protsessi. Püsikulude katteks, samuti tegevuse koordineerimiseks ja administreerimiseks tuleb raha leida teenuse hinna arvelt.

Riikliku määrusega kehtestatud sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse hind on praegu vahel kuni kolm korda madalam vabaturu hinnast. Sotsiaalse ja tööalase rehabilitatsiooni hinnastamismudelid erinevad ja seetõttu on üha keerulisem motiveerida spetsialisti pakkuma lapsega töötades juhtumipõhiseid pikaajalisi lahendusi.

---

### Meie asutusele on väga oluline olnud kogukonna tugi tegevustoetuste ja projektidena.

---

Riiklik rahastus on üksikteenuse põhine, seetõttu on keeruline tagada teraapiates kasutatavate töövahendite pidev olemasolu ruumides ja parandada teenuse kvaliteeti, nagu juhised ette näevad. Teenuse osutamisega kaasneb mahukas paberimajandus, on ka IT-seadmete ja -tarkvara ning rangete andmekaitsemeetmete täitmise kulusid, lõpuks peab ka töökeskkond olema töötajasõbralik.

Riikliku teenuse hind kõnealuseid püsikulusid ei arvesta ja rehabilitatsiooni-asutusele tasutakse kuupõhise kokkuvõtva

aruande alusel järgmise kuu keskpäigaks. Seetõttu tegutsevadki paljud rehabilitatsiooniasutused mitte iseseisvalt, vaid haiglate, hooldekodude või koolide juures rakukestena – see aitab püsikulusid katta.


Selline olukord ei lase ennast hetkeski liialt mugavalt tunda. Meie asutusele on väga oluline olnud kogukonna tugi tegevustoetuste ja projektidena. Nii üksikisikud kui ka vabavõltsed on annetanud muusika-, füsio- ja liikumisteraapia vahendite ostuks ja oleme neile selle eest väga tänulikud.

### Paljudel võib ette tulla kriise

Paraku pole tänapäeval ühiskonnas perspektiivide tihti kuigi stabiilsed, digimaailm varjutab päriselul kogemust, stressitase ja vaimne pingeline olukord on üha suurem. Seetõttu on lausa hädavajalik, et iga inimene, olenemata puudest või muust abivajadusest, saab käia nõustamisel või teraapias. Selleks ei pea tingimata rehabilitatsiooniteenust taotlema. Paljudel tuleb elus ette kriise ja on vaja abi ning nõustamist.

Spetsialistide juurde tulevad nii lapsed, noored kui ka täiskasvanud erinevate muredega. Sageli on aga põhjused sarnased: meil kõigil on vaja hoolimist ja armastust, mõistmist ja aktsepteerimist, tähelepanu ja heakskiitu. Tahame tunda, et meid vajatakse, kuulatakse ära, oleme millegi osa, kuulume kuhugi.

Kõike seda head saab igaüks meist pakkuda enda lähedal olijatele. Märgata teist inimest, mõista ja lubada olla tal erinev ning iseenda moodi.

Alustada saab oma perest, oma lastest. Küsi, uuri, tunne huvi ja märka, mis on su lapse ja kaaslase jaoks õige. Märgata saab ka inimest enda kõrval tänaval, bussis, tööl, koolis. Väikestest muutustest algavad suured muutused. Iga inimene on oluline! 

**Marin Vaher***tervise arengu instituudi vanemspetsialist*

# Tugiisik aitab kokku viia uimasteid tarvitava inimese ja tervishoiuteenused

Programmi SÜTIK tugiisikute kogemused kinnitavad, et vaja on loimida sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna teenused uimasteid tarvitavatele inimestele.

Ilmselt on kõik sotsiaal- või tervishoiuvaldkonna töötajad Eestis ühel meelel, et vältimatult on vaja üksteisest lugupidavat koostööd eelkõige kõige haavatavamate gruppide abistamisel. Haavatavate gruppide hulka kuuluvad ka uimasteid tarvitavad inimesed, eriti need, kellel on uimastisõltuvushäire diagnoos või selle kahtlus ja kes sõna otseses mõttes iga päev võitlevad oma elu ning tervise eest. Nad vajavad välist abi, et taastada eneseusk ja teadmine, et uimastisõltuvushäire on haigus, millele on ravi.

## Sekkumiseks on vaja võrgustikku

Uimasteid<sup>1</sup> on elu jooksul proovinud umbes veerand Eesti täiskasvanud elanikkonnast

ja paljudele see vaid proovimiseks jääbki. Teadaolevalt ei koge nad pikemaajalisi tervisekahjusid. Enamasti on proovitud kanepit, aga ka teisi uimasteid, nagu näiteks MDMA (*ecstasy*), amfetamiin, kokaiin või mõni ravim, mida arst ei ole välja kirjutanud. Kui proovimisest saab regulaarne tarvitamine, millest kujuneb sõltuvus, võib see kõige kurvematel juhtudel lõppeda surmaga, mille põhjustab uimastite üledoos. Aastal 2022 suri Eestis uimastiüledooside tõttu 80 inimest, 2023. aasta esimese üheksa kuuga aga on see arv suurem kui eelmise aasta koguarv. Eesti surmapõhjuste registri esialgsete andmete kohaselt oli 2023. aasta septembri lõpu seisuga 90 uimastite üledoosist tingitud surma. Neist juhtumitest

<sup>1</sup> Artiklis mõeldakse uimastite all ebaseaduslikke uimasteid ehk narkootikume.

kuus jäid vanuserühma 17–22 aastat. Kahel korral põhjustas noorte inimeste surma ülikangete opioidide tarvitamine (fentanüül ja protonitaseen). Harilikult jääb uimastite proovimise ja üledoosi vahele pikki aastaid, kuid nende noortega läks kahjuks teisiti. Enamik surmaga lõppenud üledoosidest juhtusid Põhja-Eestis.

Nii sotsiaal- kui ka tervishoiuvaldkonnas peaks olema normiks rääkida noorte ja täiskasvanutega uimastitest hinnanguvabalt, et ennetada nende tarvitamist ja vajaduse korral sekkuda. Selles suunas astutakse Eestis julgeid, kuid mitte alati piisavaid samme. Kätesaadavad peavad olema asjakohased sekkumised alates universaalsest uimastiennetusest õpilastele kooliõpetajate ja tugispetsialistide toel kuni ravi- ja rehabilitatsiooni teenusteni haiglas uimastisõltuvushäire diagnoosiga inimestele.

---

**Nii sotsiaal- kui ka tervishoiuvaldkonnas peaks olema normiks rääkida noorte ja täiskasvanutega uimastitest hinnanguvabalt.**

---

Uimastite mõju on leebemalt tarvitavast aimest, tarvitamisviisist, kogustest, inimese vaimsest ja füüsilisest tervisest ning tema keskkonnast. Seetõttu võib nii uimastitarvitamisest tekitatud kahju ennetamiseks kui ka sekkumiseks vaja minna võrgustikku alates perekonnast kuni väga erinevate spetsialistideni, nt toiduabi jagaja, tugiisik, võlanõustaja, sotsiaaltöötaja, nakkushaiguste arst, psühhiaater jne. Igal lülil selles ahelas on oma asendamatu roll.

Kirjeldan paari näite abil, kuidas puutuvad uimasteid tarvitavad inimesed iga päev kokku sotsiaaltöö- ja tervishoiuvaldkonnaga, kuidas need põimuvad ning milline

on tugiisikute ehk programmi SÜTIK meeskonnaliikmete osa narkootikumede tarvitavatele inimeste elus.

## **Esimene juhtum**

### **Raskused arstiabi saamisel**

Kolmekümnendates naine on paar nädalat oodanud võimalust pääseda perearsti vastuvõtule ja nüüd on see päev käes. Ühiselamu administraator on laenanud talle telefoni ja aidanud välja otsida perearsti numbrit. Oma perearsti nime ta ei mäleta, aga tal on meeles koht, kus vastuvõtt asus, kui ta seal viimati lapsena käis koos vanaemaga, sest ema polnud võimeline alkoholi liigtarvitamisest tingitud terviseprobleemide tõttu tema eest hoolitsema.

Tal on tekkinud käenahale lööve, mis läheb päev-päevalt hullemaks ja tekitab pöörast valu. Naine tarvitab uimasteid süstimise teel. Tema enda sõnul on see fentanüül, aga keegi ei saa olla kindel, mida diilerilt ostetud uimasti päriselt sisaldab, sest hiljuti on ta oma diilerit vahetanud. Naisel on tõenäoliselt haigus, uimastisõltuvushäire, kuid arst seda diagnoosinud ei ole, sest viimasest arstivisiidist on möödunud aastaid. Arsti vastuvõtule pöördumine nõuab temalt tohutut eneseületust: ta on sinna pääsemiseks mõelnud välja loo süstekohale tekkinud tundmatust nahahaigusest, sest uimastite tarvitamist ta tunnistada ei julge. Ta kardab tervishoiutöötaja reaktsiooni ja seda, et talle keeldutakse siis aega broneerimast.

Siiski on ta määratud vastuvõtuaajaks perearsti ooteruumis. Kui järjekord temani jõuab, ei kutsuta teda aga kabinetti, vaid arst suhtleb temaga läbi avatud ukse. Arst ütleb üsna resoluutselt, et ei saa naist sisse kutsuda, sest too lõhnab halvasti, näib olevat pesemata ja võib kabinetti sisenedes kaasa tuua soovimatuid kahjureid, mis ohustavad teisi patsiente. Ta palub naisel uus aeg broneerida.

Naine naaseb elukohta, olles kindlalt otsustanud seda teekonda enam mitte jalge alla võtta. Selle asemel süstib ta nii emotsionaalse kui ka füüsilise valu leevendamiseks suuremaid doose. Korra ei ole ta kaugel üledoosist, mis oleks võinud lõppeda surmaga, kui ühiskonda teisel elanikul poleks olnud käepärast ravimit, naloksooni. Kiirabi viib naise haiglasse, kuid juba järgmisel päeval saadetakse ta lisauuringuid tegemata koju. Ta tunnistab, et soovis ise sealt võimalikult kiiresti pääseda, mistõttu keeldus koostööst arstidega.

Mõni nädal hiljem satub sama naine patrullpolitsei vaatevälja. Ta jääb poes vahele toidu varastamisega ja turvafirma kutsub kohale politsei. Väärteost on politseil võimalik määrata talle rahatrahv, mis oleks järjekorras umbes kümnes ja 99-protsendilise tõenäosusega jääks tasumata, sest naisel pole püsivat tööd. Politseinike kogenud pilk oskab kahtlustada, et tegemist võib olla uimasteid tarvitava inimesega ja nad teavad, et nende piirkonnas on käivitatud programm SÜTIK ehk tegutsevad tugiisikud narkootikumide tarvitavatele inimestele, kes reageerivad politsei väljakutsele ööpäev läbi. Kui tugiisik kohale jõuab, selgitatakse talle olukorda ja ta võtab suhtluse naisterahvaga üle. Trahv jääb seekord tegemata.

### Tugiisiku abiga muutuste suunas

Tugiisik saadab naise koju ja lubab temaga uuesti ise ühendust võtta, kui too nõus on. Alustatakse vaevalist suhtlust, sest naine ei usalda võõraid ega julge uimastite tarvitamisest rääkida. Naine hakkab tasapisi avanema, kui tugiisik on talle ära rääkinud oma isikliku loo, kuidas ta ise aastaid uimasteid tarvitas ja teistele vahendas, selle eest vanglasse sattus, vanglast omakorda ravile ning on nüüd juba peaaegu kümme aastat kaine, kuid teeb endaga iga päev tööd, et säilitada kaine elustiil.

Möödub mitu nädalat, enne kui naine on nõus uuesti proovima, et arsti vastuvõtule pöörduda. Tugiisik aitab tal e-perearstikeskuse kaudu aja kinni panna, sest vahepeal on rakendunud uus süsteem ja helistades enam aegu broneerida ei saa. Ise naine seda teha ei oska ega pääse ligi ka internetile, kuid tal on ID-kaart ja üles leitakse PIN-koodid. Tugiisik lubab vähemalt esimesel korral arsti vastuvõtule kaasa tulla. Koos leitakse kahjude vähendamise keskusest naisele ka sobivad puhtad rõivad.

---

### Tugiisikute toetust saab Harjumaal, Ida-Virumaal, Lääne-Virumaal ja Tartumaal.

---

Enne arsti juurde minekut julgustab tugiisik naist rääkima arstile oma uimastitarvitamisest, mitte lihtsalt n-ö nahalööbest. Arsti kabinetis tutvustab tugiisik ennast ja on naisele igati toeks, kuid laseb tolle ise oma probleemidest rääkida. Arst tunnustab tugiisikut tänuväärse töö eest ja on siiralt imestunud sellise teenuse olemasolu üle. Patsienti suhtub ta leebemalt ja tema kaebustesse igati asjakohaselt, esitades põhjalikuks anamneesiks vajalikke lisaküsimusi. Ta määrab patsiendile kõik vajalikud uuringud ja salvi nahainfektsiooni leevendamiseks. Naine lahkub arsti juurest tänutunde ja teadmisega, et abi on tööpoolest võimalik saada.

Õnneks oli selle loo peategelane töötukassas töötuna arvel ja tal oli ravikindlustus, mida paljudel sarnaste muredega inimestel pole. Siis tuleb tugiisikul koos kliendiga alustada sellest, et ta kõigepealt töötukassas arvele võtta, mis tagab tasuta arstiabi.

Selle naise ja tugiisiku esimesest kohtumisest on möödunud aasta. Nüüdseks on naine üsna sage külaline kahjude vähendamise keskuses ja seal toimuvates

grupiteraapiates motiveeritakse teda tasapisi pöörduma opioidasendusravi teenusele. Tema motivatsioon on kõikuv, kuid ta on kindlasti jõudnud eelkaalutlemisetapist vähemalt kaalutlemisetappi, kus muutused on võimalikud. Samuti on sotsiaaltöötaja abiga hakatud tasapisi lahti harutama naise aastate jooksul kogunenud võlgasid ja tugiisikuga koos on nad hakanud käima arstiviisiidel, et taotlema osalist töövõimetust. Suhtlus naisega toimub vene keeles, sest seal, kus tema üles kasvas, polnud koolis põgusalt õpitud eesti keelega suurt midagi peale hakata, mistõttu ta seda ei oska.

## Teine juhtum

### Probleemi tunnistamine aitab liikuda paranemise suunas

Programmi SÜTIK telefoninumbri helistab ema, kes elab pojast kaugel, kuid on tema seisundi pärast väga mures. Poeg on 27-aastane, kuid sattus 18-aastasena raskesse liiklusõnnetusse. Pärast toibumist tekkisid tal paanikahood ja kroonilised peavalud. Psühhiaater ja valuraviarst kirjutasid talle välja rahustid ja tugevad valuvaigistid, mille abil sai eluga edasi minna. Siiski hakkas mees tasapisi ületama arstide määratud ravimiannuseid, hankima neid ebaseaduslikult ja proovima valu vaigistamist kanepiga, millele lisandusid mõnikord MDMA ja amfetamiin, mis ema sõnul aitas toime tulla paanikahoogudega. Nii oli möödunud mitu aastat vahepeal arstidega konsulteerimata.

### Töö uimasteid tarvitavate inimestega nõuab tugiisikult eelkõige kannatlikkust.

Emal on väga suur mure, sest viimane telefonivestlus pojaga oli lõppenud tüliga ja poeg oli ähvardanud endalt elu võtta. Narko.ee

lehelt leiab ema info SÜTIK-u tugiisikute kohta ja annab poja telefoninumbri tugiisikule, kes võtab kohe ka noormehega ühendust. Tugiisik räägib lähemalt oma tööst ja selgitab, kuidas ta aidata saaks. Esimese reaktsioonina keeldub mees igasugusest abist, ei tunnista sõltuvust ja ütleb, et tal ei ole selliseid probleeme, millele tugiisik vihjas. Tugiisik võtab uuesti ühendust emaga, kes lubab korraldada pojale sugulaste abiga järelevalve.

Umbes kuu aja pärast võtab noormees ise SÜTIK-u tugiisikuga uuesti ühendust, öeldes, et on järele mõelnud ega taha nii enam edasi minna, kuid ei oska kusagilt alustada, kardab läbikukkumist ja vajab kellegi tuge. Tõuke selleks sammuks andis ka vestlus tööandjaga, kelle hinnangul ei tule ta oma tööülesannetega enam toime ja teda ähvardab vallandamine.

Esimesel kohtumisel märkab tugiisik, et noormees on väga kinnine ja uje ning tal on raske keskenduda. Tugiisikul tekib kahtlus, et mehel võib olla lisaks ravimisõltuvusele ja/või teiste uimastite sõltuvusele veel mõni psüühikahäire ning abi saamiseks on igal juhul vaja psühhiaatri sekkumist.

### Tekkinud usaldus aitab edasi

Psühhiaatri vastuvõtule pääsemine on omamoodi kadalipp, mida teavad kõik, kes hiljuti sama teekonna läbi teinud: valida on pikkade järjekordade või tasuta teenuse vahel. Narkootikumide tarvitavate inimeste võõrutusravile ja rehabilitatsioonile on spetsialiseerunud Viljandi haigla sõltuvushaigete ravi- ja rehabilitatsioonikeskus. Seal ollakse nõus noormehega vestlema ja uurima tema varasemat haiguslugu.

Tegemist on keerulise juhtumiga, sest algul valuraviks välja kirjutatud ravimitest täielikku võõrutamist ei saa seada tema eesmärgiks. Siiski ei ole noormehe hangitud



ravimid enam arstide välja kirjutatud ning kogused viitavad kuritarvitamisele. Noormees saab kaasa soovitusel esialgu konsulteerida valuraviarsti ja psühhiaatriga, kes on talle ravimid määranud. See toimus aga väga ammu, seetõttu ei õnnestu samade arstide juurde aega saada.

Tugiisiku abiga õnnestub siiski leida aeg tasulise psühhiaatri vastuvõtule, kuhu minnakse koos. Noormehe ema toetab seda mõtet ja tasub visiidi eest. Psühhiaater on mõistev ja tasapisi otsustatakse hakata liikuma raviskeemi suunas, mida arst soovib. Noormees ei ole veel nõus vähendama tarvitava kanepi koguseid, kuid üle pika aja tunneb ta, et tema muret on tõsiselt kuulda võetud ja ta ei ole sellega üksi. Tugiisik ei survesta teda, teades hästi, et edasilikumise tempo peab valima inimene ise.

## **Tugiisik võib aidata muuta elu elamisväärses**

Näidetesse on lõimitud erinevate inimeste lugude detaile, et säilitada nende keskmes olnud klientide anonüümsus. Sarnaseid, kuid ometi väga erinevaid juhtumeid tuleb SÜTIK-u tugiisikute töös ette palju. Kindlasti näib nii mõnigi nüanss tuttavlik kõigile tervise- või sotsiaalvaldkonna spetsialistidele.

Alates 2018. aastast, kui tugiisikud kõigepealt Harjumaal tegutsema hakkasid, on nendeni jõudnud sadu abivajajaid. Praegu on tugiisikute toetust võimalik saada ka Ida-Virumaal, Lääne-Virumaal ja Tartumaal. Lood, millega tugiisikud iga päev kokku puutuvad, ei ole sugugi õnneliku lõpuga muinasjutud, kus inimene saab sotsiaal- ja tervishoiuteenuste koostöös imeväel terveks ning hakkab elama täisväärtuslikku iseseisvat elu – kaugel sellest. Ometi on nii mõnigi neist kogenud üle pika aja inimlikku suhtumist ja aja möödudes on edusammud märgatavad.

Nende aastate jooksul on tugiisikud koos kliendiga ükselt uksele liikudes kogenud väga erinevat suhtumist nii endasse kui ka klienti: ebausku, häbimärgistamist, põlgust, arusaamatust, aga ka imetlust, inimlikkust, lootust ja julgust edasi minna. Uimastitarvitamise üle arutletakse avalikult üha julgemalt, seetõttu tunnetavad ka tugiisikud üha enam, et neid on ühiskonnale vaja ja nende rolli suhtutakse lugupidavalt.

Töö uimasteid tarvitavate inimestega nõuab tugiisikult eelkõige kannatlikkust, sest muutused võtavad aega. Tagasilangused, mis on uimastitarvitamishäirest taastujal üsna tavalised, võivad tekitada frustratsiooni mitte ainult uimasteid tarvitavale inimesele vaid ka tugiisikule. Seetõttu on teiste sotsiaal-, aga ka tervishoiuvaldkonna töötajate iga positiivne sõna, tegu ja suhtumine ülioluline, et tugiisik jaksaks jätkata.

Ühiskonnas jääb sageli puudu teadmistest ja teadvustamisest, mis aitavad mõista, et sõltuvus uimastite tarvitamisest ehk uimastitarvitamishäire on haigus. See võib olla alguse saanud hoopis mõnest psühholoogilisest või füüsilisest traumast, ravimata kroonilisest haigusest või muul põhjusel ning uimasteid võidakse tarvitada eneseravi vahendina. Lähedased, abistajad ja uimasteid tarvitavate inimestega iga päev töötavad spetsialistid ei tohiks unustada, et mitte keegi ei vali seda haigust vabatahtlikult.

---

**Tugiisik saab aidata luua silla seal, kus seda parasjagu on kõige rohkem vaja.**

---

Ükski meist ei ole kaitstud selle eest, et meie lähedastega või ka meie endaga midagi sarnast ei võiks juhtuda. Liiklusõnnetus, lähedase kaotus, vägivaldne paarisuhe, ravimata jäänud psühhikahäire (nt ATH,


depressioon) on vaid mõned põhjused, miks võidakse hakata otsima väljapääsu ja lohutust uimastitest. Kui ollakse meeleheitel, elust tüdinud ja väsinud ning lõksus uimastite küüsis, on olukorrast välja tulemiseks paremad väljavaated neil, kellel on lähedasi ja sõpru, kes kannatlikult toetavad.

### Igaüks saab aidata

Sõltuvuses olev inimene võib astuda üsna ekstreemseid samme, et oma sõltuvust rahuldada: ta võib manipuleerida, petta, varastada, käituda agressiivselt, unustada kohustused jne. Siis kiputakse ikka süüdistama inimese halba iseloomu, mitte tema haigust. Ka lähedastel on õigus väsida ja saada tuge väljastpoolt neutraalselt inimeselt, kes tõenäoliselt teab oma kogemusest, mida tunneb nii uimasteid tarvitav inimene kui ka tema lähedane.

Uimastite mõju all olles ei pruugi inimene leida endas jõudu abi otsida, aga vajab seda ometi nii tervishoiu- kui ka

sotsiaalsüsteemist. Tugiisik on see, kes saab aidata luua silla seal, kus seda parasjagu on kõige rohkem vaja: arsti ja patsiendi, kriminaalhooldaja ja kriminaalhooldusala, töötukassa ametniku ja töötu, politseiniku ja korrarikkuja, prokurööri ja süüaluse, võlanõustaja ja võlgniku, aga ka ema ja poja vahele. Kui igaüks püüab oma rollis ja kehtivate seaduste raames jääda eelkõige empaatiliseks inimeseks, on lihtsam teha koostööd ja aidata abivajajat meie kõigi ühisel jõul.

Keegi ei pea end tundma süüdi ega tajuma häbimärgistamist lihtsalt selle pärast, et tema elukäik on olnud peaaesjalikult temast sõltumatutel põhjustel keerulisem kui mõnel teisel. Eelnev lause võtab kokku tugiisikute ootused nendega koostööd tegevatele sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna töötajatele: meeldiv suhtlus ja omakasupüüdmatu abikäsi teineteisele nii palju, kui amet seda võimaldab, ei nõua alati suurt pingutust, kuid võib aidata muuta kellegi päeva või isegi terve elu tunduvalt elamisväärsemaks. 

Artikli valmimisele aitasid kaasa Katri Abel-Ollo ja Aljona Kurbatova (tervise arengu instituut) ja Katrin Viira (SA Viljandi haigla). Aitäh toreda koostöö eest!



Koolitusprogrammi lõpetajad. Foto: Laste Heaolu Arengukeskus

## Märkavad ja hoolivad ämmaemandad kodudes

Lapse heaolu mõjutavaid tegureid võib märkata juba lapseootuse ajal ja ka ennetustegevust saab kavandada varakult. Toetades lapseootel naist ja tema partnerit lapseootuse ajal, on ämmaemandal hea võimalus näha naise või ka pere vajadusi ja ohutegureid, mis võivad mõjutada naise ja sündiva lapse tervist ning heaolu. Eestis universaalset sünnitusjärgset koduviisi kõigile sünnitanud naistele ei pakuta, teenus on juhuslik, killustunud ja tasuline või seda ei kasutata muudel põhjustel.

SA Lapse Heaolu Arengukeskus korraldas septembrist 2021 kuni augustini 2023 Norra toetusel sotsiaalministeeriumi algatatud projekti „**Ämmaemanda koduviisidid esimesel eluaastatel**“.

Projekti käigus töötati välja tegevusmudel, kuidas ämmaemanda sünnitusjärgsete koduviiside kaudu toetada pere heaolu ning samal ajal hinnata ja leevendada võimalikke riske.

Mudelit katsetati aasta jooksul seitsmes maakonnas. Töötati välja ka ämmaemanda koduviiside koolituskava, mille läbis 42 ämmaemandat. Ämmaemandad külastasid

327 peret. Iga pere kohta täideti kodukülastuse protokoll ja riskide hindamise küsimustikud.

Tulemusi analüüsid selgus, et iga kolmas pere vajas teist koduviisi ja väike osa peredest vajas kolme või enam koduviisi. Põhiliselt vajati korduvat visiiti seoses ema ja lapse tervisemurede, imetamisega või seetõttu, et pere tundis ebakindlust uues eluolukorras.

Naiste rahulolu teenusega oli suur, koduviisidest saadi tuge ja neid peeti vajalikuks. Kõige enam vajati nõustamist lapse toitmisel (sh imetamisel) ja hooldamisel ning nii lapse kui ka enda füüsilise tervise seoses. Naised vajasid tuge ka enda vaimse tervise muredele ja ideid, kuidas teised lähedased saaksid neid toetada uue elukorraldusega hakkamasaamisel.

Projekti tulemuste põhjal sõnastas projekti meeskond sünnitusjärgsete koduviiside korraldamise ettepanekud, mida tutvustati ka partneritele.

Projekti materjalidega saab tutvuda SA Lapse Heaolu Arengukeskus kodulehel [www.lapseheaolu.ee](http://www.lapseheaolu.ee).

# VEEBILOOD

**Korraldus.** Esmatasandi tervishoiu arengukava sotsiaalsüsteemi vaatest.

*Anu Reim*

**Korraldus.** Töölase rehabilitatsiooni teenuse olulised muudatused.

*Karin Hanga*

**Intervjuu.** Rootsi tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna lõimimise kogemus ning areng. Intervjuu Sara Lilliehorniga. *Kairiin Nuudi*

**Uurimus.** Kohalike omavalitsuste tervise- ja heaoluprofiili koostamise kogemused. *Marika Kookla, Katrin Lang, Mari-Liisa Parder, Triinu Purru, Liina Riisenberg*

**Kogemus.** Rehabilitatsiooniteenuse parem planeerimine RFK abil. *Kadri Pill*

**Projekt.** Märkavad ja hoolivad ämmaemandid kodudes. *Tiina Tõemets, Inga Mäemets, Marge Mahla, Jana Meier*

**Arvamus.** Taskuhääling „Mis mõttes?“ – uudishimulik pilk vaimse tervise valdkonna valukohtadele. *Marta Pulk, Jaanika Siiraja, Jaan Aps*

**Töötoa kokkuvõte.** Sotsiaalvaldkonna ja tervishoiu koostöö edendamise mõtteid konverentsilt. *Kairit Lindmäe*

**Ettekande kokkuvõte.** Erivajadustega laste ja noorte teenused Islandil. *Kairiin Nuudi*

**Ettekande kokkuvõte.** Erivajadustega laste ja noorte toetamine Rootsis. *Kairiin Nuudi*

**Koolitus.** Kogemusnõustaja koolitusel õpitakse töötama oma väärtusliku looga. *Luwi koolituskeskus*

**Statistika.** Sotsiaalse rehabilitatsiooni ja töölase rehabilitatsiooni teenuse osutamine aastal 2022. *Sotsiaalministeeriumi analüüsi- ja statistikaosakond*