

SISUKORD nr 3/2005

Toimetaja veerg

Piret Tamme..... 2

Intervjuu

Anneli Pohjola: Sotsiaaltöötaja vajab põhjalikku ettevalmistust.....3
 Jaak Aab: Omavalitsuse roll hoolekandes suureneb.....18



Tervishoiu sotsiaaltöö

RFK tulek Eestisse
 Piret Simmo..... 9
 Eesti sotsiaaltöötajate kogemus RFK kasutamisest
 Dagmar Narusson.....11
 Kliendi aktiivraviasutusest väljakirjutamisel esinevad takistused
 Maarika Tisler.....14
 Hospiitsiteenus – unustatud põhimõtted uues kuues
 Reeli Sirotkina..... 51



Ajalugu

80 aastat riiklikult korraldatud hoolekannet Eestis
 Jüri Kõre..... 22

Sotsiaaltöö meetodid

Kohalik kogukond kui kogukonna sotsiaaltöö tegevusväli
 Irene Roivanen..... 26
 Töötuse, kutserehabilitatsiooni ja puudega seotud küsimuste lahendamine (2)
 David Imber..... 40

Uurimus

Hooldekodust kogukonda
 Katti Lainoja..... 31

Kohus otsustas

Politseametniku pensionist
 Heli Sildmäe..... 50

Kogemus

Hooldajatoetuse maksmisest Lääne-Virumaal
 Maris Saar7
 Perekool Sael
 Marika Ratnik, Anneli Ritsing..... 35
 MTÜ Läänemaa Psühhosotsiaalse Rehabilitatsiooni Keskus
 Svetlana Reinsalu,
 Monika Salumaa37



Sündmus/Info

Mis on IFCW ehk *International Forum for Child Welfare*
 Ene Tomberg..... 47
 Koduta lapse päeva konverents
 Maris Saar..... 48
 Rahvusvaheline seminar
 TÜ sotsiaalpoliitika õppetoolis
 Reeli Sirotkina..... 55
 HIV-nakkuse testimine Eestis
 Kristi Rüütel, Iveta Tomera.....57

Kirjandus

Sotsiaalhooldus
 Kai Rannastu..... 62
 Lapse kasvukeskus ja sotsiaalsed oskused
 Taimi Tulva..... 62

Kokkuvõte

vene ja inglise keeles..... 63–64

Hea lugeja!

Kord juhtusin raadiost kuulma naljaga pooleks öeldud fraasi: "Ei ole olemas probleeme, on vaid väljakutsed".

Elukutse ohvrina hakkasin kohe mõtlema täiendkoolituse peale: kas täiendkoolitus on probleem, väljakutse või enesestmõistetav tegevus?

Arvatakse, et viis aastat pärast ülikooli lõpetamist on kasutusel ainult 25% õpitust, kuid elu läheb edasi, pidevalt avastatakse midagi uut, mis nõuab uusi oskusi ja teadmisi, aga ka julgust riskida. Et muutustega toime tulla ja üha suurenevas infohulgas ellu jääda,

peab suutma kriitiliselt mõelda, oskama eristada olulist ebaolulisest. Koolitus on kui investeering tulevikku – see ettevalmistus, mis meid tõesti tulevikus aitab, peab olema nagu vundament, mille peale saab ükskõik mida ehitada. Ehk siis baasharidus peab olema laiapõhjaline, mis võimaldab hiljem teadmisi täiendada või vajadusel ümber õppida.

Veel paar aastat tagasi näitas Eesti Täiskasvanute Koolitajate Assotsiatsiooni poolt läbi viidud uuring, et 40-aastane peab end õppimiseks liiga vanaks. On meeldiv tõdeda, et vähemalt sotsiaaltöötajate seas on aasta-aastalt suurenenud nende inimeste hulk, kes on omaks võtnud elukestva õppe põhimõtted. Näiteks 2004. aastal osales TAI koolitus- ja teabekeskuse koolitustel 857 sotsiaalvaldkonna töötajat, kelle hulgas oli nii noori kui ka vanemaid huvilisi. Ja pea kõik õppurid, kes on koolitusel osalenud, avaldasid soovi tagasi tulla, sest seda, mida veel ja veel oleks vaja teada, on väga palju. Kuid uute teadmiste omandamine ei ole ainuke põhjus, miks käiakse koolitustel – vähem tähtis ei ole kogemuste vahetamine. Tihti märgitakse ära ka võimaluse sõlmida uusi tutvusi ja veeta lõbusalt aega ning et koolitus pakub vaheldust igapäevatööle. On ju hea arutleda sama valdkonna inimestega probleemide üle, mis on kõigile ühised, ja seda veel eksperdi – koolitaja juhendamisel. Teadmisi saab koguda ka lugedes, näiteks ajakirja Sotsiaaltöö.

Ilusat suvist lugemist soovides,

Piret Tamme



Anneli Pohjola: Sotsiaaltöötaja vajab põhjalikku ettevalmistust

Soome Akadeemia uurija ja Lapi ülikooli professori Anneli Pohjola arvates tuleb sotsiaaltöö koolituse korraldamisel lähtuda oma maa kultuurist ja vajadustest. Seejuures tuleb arvesse võtta, et sotsiaaltöö on eriala, mis nõuab väga põhjalikku ettevalmistust.

Soomes ei suudeta anda sotsiaaltöötajale kõiki vajalikke teadmisi isegi viie aastaga, mistõttu pööratakse suurt tähelepanu sotsiaaltöötajate jätku- ja täiendkoolitusele.

Professor Pohjola, olete osalenud mitme Eesti kõrgkooli akrediteerimisel. Missugused on Eesti sotsiaaltöökoolituse tugevad ja nõrgad küljed?

Eesti sotsiaaltöökoolitust on raske üheselt hinnata. Olen nüüd käinud mitmes õppeasutuses ja võin öelda, et kui ülikoolides on koolitus üsna sarnane Soomega, siis kutsekõrgkoolides on see küllaltki erinev. On raske aru saada, kuidas Eestis mõistetakse sotsiaaltöötaja pädevuse kolme taset. See, mida Eestis käsitletakse sotsiaaltöötaja kutsestandardis kolmanda tasemena [Sotsiaaltöötaja III], pole rahvusvahelise määratluse kohaselt ilmselt sotsiaaltöö.

Kuid kahtlemata on Eesti sotsiaaltöökoolitusel ka palju tugevaid külgi. Eestis on innustunud ja motiveeritud koolitajaid. Siin on väga positiivne ja loov atmosfäär. Soovitakse viia oma tööd edasi.

Teine positiivne asi on praktika suur osatähtsus koolituses. On väga tähtis, et õppijad saavad häid praktilisi kogemusi.

Kuidas hindate õppekavu? Kas nende alusel antav haridus on võrreldav sotsiaaltöökoolituse rahvusvahelise tasemega?

Ülikoolides omandatakse kindlasti hea kvalifikatsioon. Siin ei ole Tartu ja Tallinna vahel suurt erinevust. Tuleb esile tugev teoreetiline koolitus. Seevastu kolledzhiteseminarides omandatakse eeskätt praktilisi



*Anneli Pohjola
on Lapi ülikooli professor ja juhib ülikooli
sotsiaaltöö osakonda.
Foto: Maris Saar*

oskusi, uurimisel ja teorial on palju väiksem osatähtsus. See on erinev ja see ei ole tugev külg. See on teiselaadiline koolitus.

Milles erineb Soome sotsiaaltöökoolitus Eesti omast?

Ülikoolide puhul seisneb ainuke erinevus ehk selles, et teil on kursused pisut väiksema mahuga. Soomes pakutavad kursused on põhjalikumad ja terviklikumad ja ehk on koolitus ka veidi üldisem. Soomes toimub kogu sotsiaaltöökoolitus magistri tasemel, madalamat taset sotsiaaltöökoolituses üldse ei kasutata. Koolitus bakalaureuse tasemel küll eksisteerib, kuid see pole sotsiaaltöötaja koolitus. Soome kutsekõrgkoolid koolitavad mitte sotsiaaltöötajaid, vaid sotsiaalassistentide (*sosiaaliohjaja*, ingl.k. *social advisor*). Siin on tegu täiesti erinevate ametitega. Selles mõttes on Eesti koolitus erinev, et teil loetakse sotsiaaltöötaja koolitamisel piisavaks ka bakalaureuse taset.

Ja mida siis teeb sotsiaalassistent?

Tema seisab lähedal inimese argielule. Ta on see, kes liigub kliendi kõrval tema igapäevases tegevuses aitaja ja toetajana. Ka sotsiaaltöötaja teeb klienditööd, kuid tema on pigem kliendile osutatavate teenuste koordineerija ja korraldaja, toimetuleku eest vastutaja. Erinevalt kutsekõrgkoolist tulnust on ta pigem juhtumikorraldaja.

Kas Teie arvates sotsiaaltöötajaks kujunemiseks ei piisa kolmest aastast?

Igatahes Soomes on see nii. Meil on raskusi, et mahutada kogu vajalik sisu viide õpinguaastasse ehk siis magistriõppesse.

Tänapäeval on meil olemas ka nn kutsealane litsentsiaadikoolitus, mis järgneb magistriõppele. Litsentsiaadikoolituses koolitame spetsialiste kitsamate sotsiaaltöö valdkondade jaoks: laste ja noorsoo sotsiaaltöö, töö tõrjutute rühmadega, rehabiliteeriv sotsiaaltöö ja kogukonnatöö ehk kokku neli spetsialiseerumisvõimalust. Oleme oma õpingud nii üles ehitanud, et pole suutnud mahutada magistriõppesse kõike, mida sot-

¹ Üks Eesti ainepunkt võrdub 1,5 ECTS ainepunktiga

siaaltöötaja peaks oskama, kuna sotsiaaltöö on äärmiselt lai valdkond.

Spetsialiseerumist võib võrrelda arsti, juristi või psühholoogi erialaga, kelle töös on samuti mitmeid spetsialiseerumisvõimalusi. Nii on see ka sotsiaaltöö puhul – tuleb tunda laste või eakate või töötutega seotud asju, kriminaalse käitumisega inimesi – ühe sõnaga kõike, mis mahub inimese ellu.

Eestis on väga väikesed omavalitsused. Meil pole spetsialiseerumine ehk võimalikki?

Soomes on olukord sama. On palju väike-seid valdasid, kus pole üle kahe sotsiaaltöötaja. Seetõttu peabki üldine koolitus olema väga lai. Siin ma näengi probleemi seoses kolmeaastase kolledzhi või seminari sotsiaaltöökoolitusega. Selle kolme aasta sees üritatakse anda ka kitsam spetsialiteet, mis on iseenesest üsna võimatu ülesanne.

Milline on teie koolituses teooria ja uurimuse osatähtsus?

Kui kogu magistriõping moodustab 300 ECTS ainepunkti¹, siis praktikat on selles vähemalt 30 AP ulatuses, s.o 10%, ja see praktika jaotatakse BA ning MA taseme vahel. Uurimuse osatähtsus on kasvanud. Meil tuleb nüüd koostada bakalaureusetöö, mida enne polnud, ja sellega liituvad uurimistööks vajalikud õpingud. Järgneb magistratuur. Magistratöö osatähtsus kasvab, selle eest saab enam ainepunkte ja sellega kaasnevad varasemaga võrreldes põhjalikumad teadustöö meetodiõpingud.

Veel võiks lisada, et sotsiaaltöö osatähtsus õpingutes kasvab: magistriõppe 300 AP-st moodustavad sotsiaaltöö ained 200 AP. BA tasemel on sotsiaaltööd vähemalt 80 AP ja magistrikoolitus on kogu ulatuses sotsiaaltöö, seega 2/3 õpinguist on puhtalt erialased.

Kui akadeemiline haridus on käes, kuidas toimub jätkukoolitus, kuidas saab juba elukutse omandanud sotsiaaltöötaja uusi teadmisi?

Eespool rääkisins litsentsiaadikoolitusest.

See on nelja-aastane töö kõrvalt sooritatav jätkukoolitus, mille kaudu spetsialiseerutakse ühele eespoolt nimetatud neljast kitsamast erialast. Sinna pole võimalik pääseda kohe pärast magistriõpingute lõpetamist, nõutav on vähemalt kaheaastane töökogemus sotsiaaltöö alal. Siis on meil veel üsna tavalisel viisil loengutena või kursustena toimiv täiendkoolitus seadusmuudatuste või uute töömeetodite tutvustamiseks. Väga palju korraldatakse pikki, aasta või kaks kestvaid täiendkoolitusi, näiteks tööjuhendamise- ehk supervisioonikoolitused, teraapiakoolitused, mis toimuvad koos teiste professionaalidega. Ja siis on meil ametialase arengu koolitussüsteem (*ingl.k Professional Development – PD*), nagu näiteks sotsiaalala ja tervishoiu juhtimiskoolitus, rehabilitatsiooni käsitlev multiprofessionaalne ametialase arengu koolitus.

Kuidas neid koolitusi finantseeritakse?

PD-koolituse eest tuleb tasuda osavõtumaks, mis on koolituse eri. Üldjuhul on täiendkoolitus tasuline, kuid selle eest maksab tööandja, kes need koolitused ka korraldab. Mõnikord maksab ka inimene ise. Kutsealane litsentsiaadikoolitus on tasuta, kuna see on üldise ülikoolihariduse jätkuks. Soomes on ülikooliharidus täies ulatuses tasuta.

Kas sotsiaaltöötaja on kohustatud neil kursustel osalema?

Inimene saab ise valida, millist koolitust ta soovib. Enesetäiendamine ei ole kellelegi kohustuslik. Õigemini, praegu pole see veel kohustuslik. Alates augusti algusest jõustub määrus, mis kohustab tööandjat võimaldama töötajale täiendõpet ja töötajat osalema täiendõppes mingi kindla perioodi vältel. Kui rääkida veel magistriõppele järgnevat enesetäiendusest, siis on selleks võimalus jätkata doktoriõppes. Lisaks igas ülikoolis toimuvale doktoriõppele eksisteerib ka üleriiklik – kõigi sotsiaaltööd õpetavate ülikoolide ühine sotsiaaltöö ja sotsiaalteenuste alane doktoriõpe.

Nii et sotsiaaltöötaja saab olla kursis kõigi uute sotsiaaltöö suundadega, ka nendega, mis leiavad aset teistes maades?

Põhimõtteliselt jah. Võimalused koolitust saada on üsna head ja ajaga käiakse kaasas. Mis on ehk nõrgem, on rahvusvahelise vaatenurga omaksvõtt või ligipääs rahvusvahelist kogemust käsitlevatele allikatele.

Teil on ju palju materjale sotsiaaltöö kohta?

Kahtlemata saadakse koolituste ja kirjanduse kaudu mõjutusi rahvusvahelisest sotsiaaltööst, kuid ma mõtlesin seda, et sotsiaaltöötajad ei saa otse omandada kogemusi teiste maade sotsiaaltööst – otsene kontakt rahvusvahelise sotsiaaltööga ei ole siiani õnnestunud. Oleks vaja enam selliseid koolitusi, kus antaks rahvusvahelist õpetust.

Rahvusvahelistumine on küll tähtis, kuid raske. Kuna on nii rohkesti erinevaid käsitlusi eri maades, siis mis on see praktika, mida võtta eeskujuks?

Ei ole üht ja õiget. Kõike peab pidevalt suhestama oma kultuuriga, oma koolituse ja teenuste süsteemiga. Ehk ongi probleem selles, et liialt otse võetakse üle rahvusvahelisi kogemusi. Ma olen rahvusvahelisust ka kritiseerinud ses mõttes, et kui me räägime rahvusvahelisest sotsiaaltööst, siis räägime eeskätt neist mudelitest, mida tunneme, st inglise ja ameerika süsteemidest, kuid sotsiaaltööd tehakse igal pool – Lõuna-Ameerikas, Aasias, kõikjal. Seega me lihtsustame rahvusvahelisuse mõistet. Peame mõistma, et sotsiaaltöös esineb väga erinevaid süsteeme.

Kuidas Te arvate, kas soome kogemust saaks kasutada ka Eestis? Kui saaksite muuta midagi meie koolituses, millest alustaksite?

Nagu ma juba ütlesin, on Eesti ülikoolides antav koolitus väga sarnane meie omale. See osutab, et Eesti sotsiaaltöös on võimalik toimida samal viisil kui Soomes. Kuid samas ma näen, et kultuur ja poliitika on

siiski erinev ja seetõttu pole mõistlik teha eri maades asju samal viisil. Eesti ja soome kultuur on väga sarnased ja seega ei pruugi tekkida erilisi vastuolusid. Kuid olen märganud, et ka väärarvamused on võimalik. Eesti sotsiaaltöökoolituses on võetud eeskujuna Soome kutsekõrgkoolidest, otsekui oleks tegemist sotsiaaltöökoolitusega. Kuid Soome kutsekõrgkoolid ei anna sotsiaaltöötaja koolitust, vaid täidavad teistsuguseid ülesandeid. Võttes eeskujuna teistest maadest, ei panda tähele neid erinevusi, mis seal on.

Kas soovitate, et oleks parem, kui ka Eesti kutsekõrgkoolid ei annaks sotsiaaltöö, vaid pigem praktilist haridust?

Ma kujutan ette, et Eestis, kus sotsiaalteenused väga kiiresti arenevad, eksisteerib vajadus erinevate spetsialistide järele ja et on tellimus ka teistsugusele, praktilisemale koolitusele. Mul on raske mõista, et see on sotsiaaltöökoolitus. Sellel peaks olema teine nimi. Kuid seda koolitust ja neid töötajaid vajatakse.

Kas programmid on erinevad või peaksid need võimaldama minna kutsekõrgkoolist otse edasi sotsiaaltöökoolitusse?

Igal inimesel peab olema võimalus jätkata õpinguid, kui selleks on huvi, kuid ilmselt tuleks luua süsteem, kuidas kutsekõrgkoolist üle minna ülikooli – ehk vajatakse selleks n.ö sillaõpinguid.

Soomes jõustub käesoleva aasta augusti algusest uus ülikooliseadus, mis on rajatud 3+2 mudelile. Kui seadust ette valmistati, siis alguses räägiti, et inimesed saavad minna kutsekõrgkoolist magistriõppesse, kuid peavad enne läbi tegema aastased sillaõpingud, et saada magistriõppeks vajalik uurimuslik ja teoreetiline baas. Hiljem, seadusloome käigus, see võimalus kaotati. Sotsiaaltöö suhtes on tehtud riiklik otsus: need kutsekõrgkoolide lõpetajad, kes tahavad minna edasi ülikooli, tulevad tavalisel viisil sisseastumiskatsetele ja alustavad algusest peale, kuid peavad sooritama vaid osa BA õpingust, mis ongi nende jaoks

sillaõpinguks. Seega kutsekõrgkoolist otse magistriõppesse ei pääse. Selline on lahendus, milleni jõuti Soomes.

Kas Eesti sotsiaaltöö üliõpilased erinevad Soome üliõpilastest?

Erinevad küll. Minu meelest siinsed üliõpilased on ehk aktiivsemad, pühendunumad ja innustunumad. Ma ei tea, millest see tuleb. Ehk sellest, et siin luuakse uut, organiseeritakse teenuseid ja arendatakse asju?

Meilgi on täiskasvanud üliõpilasi, kuid teile eelistatakse inimesi, kes juba tunnevad tööd, ja see on ilmselt üks teie üliõpilaste tugev külge. Soomeski tuleb rühma kogemustega inimesi, kuid harva, kui on terveid rühmi [kaugõppijaid], kes on varem olnud sotsiaaltöötöga seotud.

Mida Te soovitate koolitajatele?

Ma ei esita lausa soovitusi, ütlen vaid seda, et isiklikult pean tähtsaks, et sotsiaaltöökoolitus oleks võimalikult laiapõhjaline ja kõik õppijad saaksid nii üldised teadmised kui ka oskused tööks konkreetsete kliendirühmadega. Ma näen, et teadmiste üldine tase peab olema kõrge, enne kui võib asuda spetsialiseeruma. Ja kui mõelda koolituse arendamisele, siis võiks seada eesmärgi, et ka Eestis oleks kogu sotsiaaltöökoolitus magistri tasemel.

Mida ma ise olen mõelnud Soome koolituse kohta, on see, et enne kui asuda korraldama spetsialiseerumiskoolitust, võiks anda üliõpilastele võimalusi süvenemiseks, et nad orienteeruksid erinevates sotsiaaltöö valdkondades. See tähendab, et lisaks tugevale sotsiaaltöö baaskoolitusele oleks võimalik saada lisateadmisi mingis kindlas valdkonnas, näiteks sotsiaalgerontoloogias, juhtimises jne. See peaks olema võimalik, kuid kõigepealt peaks baaskoolitus olema tugev.

Küsitles Regina Karjakina

Hooldajatoetuse maksmisest Lääne-Virumaal

Maris Saar

1. aprillil 2005. a jõustus seadusemuudatus, mille kohaselt lõpetati toetuse maksmine raske või sügava puudega inimese hooldajale või eestkostjale puuetega inimeste sotsiaaltoetuse seaduse (PISTS) alusel Sotsiaalkindlustusameti kaudu. Hooldajatoetuse maksmise õigus anti üle kohalikele omavalitsustele sotsiaalhoolekande seaduse (SHS) alusel, millega võimaldati arvestada inimese tegelikku hooldusvajadust.

Hooldajatoetuse määramisega ja selle maksmisega seotud küsimusi arutati 31. mail Rakveres Lääne-Viru Maavalitsuses toimunud sotsiaaltöötajate teabepäeval. Räägiti probleemidest, mis seoses seadusemuudatusega on esile kerkinud ja kuidas kohalikud omavalitsused on toime tulnud.

Kord tahab täiendamist

Lääne-Virumaal on kõigis omavalitsustes toetuse maksmine kord juba kinnitatud ja maksmine alanud. Esilekerkivad probleemid on peamiselt seotud sellega, et uus kord sai riigis liiga kiiresti vastu võetud ja omavalitsused ei olnud muutuseks veel valmis. Tegelikult võib esimese kuuga rahule jääda, kuid on loomulik, et töö käigus selguvad need olukorrad, mille puhul tuleb üksikuid seaduse sätteid muuta või täpsustada.

Paljude sotsiaaltöötajate arvates tuleks ümber teha väljapakutud hindamisinstrumenti, sest see on väga keeruline ja liiga üksikasjalik. Igapäevatöös võiks hindamine palju lihtsam olla, eriti väikestes valdades, kus sotsiaaltöötaja on iga inimese ja nende olukorraga kursis. Samas näiteks Kunda linnas, kus sotsiaaltöötajal puudub ülevaade iga kliendi olukorrast, ollakse hindamisinstrumendiga rahul. Rakvere linna sotsiaaltöötaja sõnul mõned kliendid lausa pahandavad hindamisinstrumendis olevate küsimuste üle ning hindajalt on mitmel korral küsitud: „Kas Te mõnitate meid?“. Hindamisinstrumendi järgimine nõuab väga palju aega ja

on klientidele koormav. Üldiselt täidetakse küsimustikku nii palju kui võimalik ja vajalik – kui mõni küsimus ei ole konkreetse kliendi puhul oluline, siis seda ka ei küsita. Kui küsida näiteks voodihaigelt vanainimeselt, mis huvitegevusega ta tegeleb või millega ta tegeleda tahaks, vastab ta, et ei taha mitte midagi. Paljud omavalitsused on välja töötanud oma kriteeriumid, mille alusel hooldusvajadust hinnata. Ka külvanimematelt saavad sotsiaaltöötajad informatsiooni selle kohta, kes võiks vajada toetust.

Hooldajatoetuse määramine on väga tömahukas, Väike-Maarjas, Haljalas ja Rakvere linnas moodustati hindamiseks koguni eraldi komisjon, mis tuleb kokku sagedamini kui sotsiaalkomisjon.

Probleemid hooldusvajaduse hindamisel

Probleem toetuse maksmisega tekib näiteks siis, kui hooldaja elab ühes omavalitsuses, hooldatav aga teises, või kui seadus ei võimalda maksta toetust inimesele, kes tegelikult abivajajat hooldab (nt hooldaja käib tööl, hooldaja on ise puudega vms). Sotsiaaltöötajate seas tekitab vastuolulisi

Milliseid hoolekandeteenuseid võib omavalitsus hooldajatoetuse rahast pakkuda?

Kommenteerib sotsiaalministeeriumi sotsiaalkindlustuse osakonna peaspetsialist Agne Nettan:

Kokkuleppel kohalike omavalitsuste esindajatega kõnealuse seaduse muudatuse ettevalmistamisel ei ole sotsiaalministeerium seadnud täpseid tingimusi üleantud raha kasutamiseks, välja arvatud see, et raha kulutatakse puuetega inimeste hoolekandele. Otsustusõigus ses osas, kas maksta hooldajatele toetust või pakkuda teenust (hoolekandeaustus, sh päevane hooldamine, koduhooldus, eluruumi kohaldamine, isiklik abistaja, tugiisik vms), on antud kohalikele omavalitsustele. Kohalikul tasandil otsustamine aitab paremini vastu tulla inimeste vägagi erinevatele hooldusvajadustele.

arvamusi olukord, kui hooldaja on hooldatava pereliige. Perekonnaseadusest tulenevalt on sellisel juhul tegemist ülalpidamiskohustusega ning toetust ei ole ette nähtud.

Raske on hinnata ka psüühikahäiretega inimeste hooldusvajadust – inimene ei pruugi vajada hooldajat, küll aga tugiisikut või mõnda muud tugiteenust, sest tema seisund võib olla ebastabiilne. Ka dementsed vajavad järelevalvet, neis justkui tekitaks turvatunnet see, kui keegi nende juures on. Psüühikahäiretega inimeste jaoks on oluline, et neil oleks kooskäimise koht, Väike-Maarja vald teeb tööd, et sellist võimalust luua.

Kuigi teavitamiseks saadeti kiri kõigile, kes varem kasutasid hooldajatoetust, on neid, kelleni informatsioon ei ole jõudnud. Nii rääkis Vinni sotsiaaltöötaja, et paljud inimesed ei ole kursis vallas kehtiva korraga, mistõttu ei esita nad taotlust. Samas on ka neid, kes põhimõtteliselt keelduvad vallalt abi saamisest – vallalt ei taha nad midagi.

Kas raha on piisavalt?

Kuigi toetuse summa on väike, on toetuse saajad sotsiaaltöötajate sõnul sageli ilmutanud pigem meeldivat üllatust kui pettumust. Positiivne on see, et sotsiaalmaksu maksab riik ning hooldajale on tagatud nii pensioni- kui ravikindlustus.

Omavalitsused saavad ise otsustada, kuidas riigilt saadud raha kasutada: kas maksta hooldajatele toetust või pakkuda professionaalset hooldusteenust (näiteks kodus või päevakeskuses). Mõned omavalitsused on mõelnud ka muude teenuste osutamisele hooldajatoetuse rahast. Rakveres plaanitakse hakata pakkuma päevahoiuteenust.

Uue korra rakendamisega vähenes mitmes Lääne-Virumaa vallas hooldajatoetuse saajate arv. Alguses oli küll raske selgitada asjaolusid inimestele, kellele toetust enam ei määratud, kuid inimesed mõistsid siiski, et oluline ei olegi see rahanatuke, kui vald võimaldab neile näiteks ravimeid, transporti, toidu kojutoomist või küttepuid – sellega oldi rohkemgi rahul.

Kui varem on tulnud ette juhtumeid, kui kliendile ei sobi temale määratud hooldaja, siis nüüd on sotsiaaltöötajal suurem vabadus otsustada, kuidas abi vajavat elanikku aida-

ta. Olemasoleva rahaga tuleb aga toime tulla, sest mingit reservfondi ei ole riigil planeeritud. Lääne-Virumaa sotsiaaltöötajate arvates on õige, et toetuse maksmise õigus anti üle omavalitsustele, kuid seaduse rakendamiseks oleks tulnud neile rohkem aega anda.

Lääne-Viru Maavalitsuse sotsiaalala peaspetsialist Tiiu Kuus kinnitab, et maakonna sotsiaaltöötajad on teinud tublit tööd. Temale ei ole esitatud kirjalikke kaebusi, küll aga on olnud telefonikõnesid, mis on tingitud inimeste teadmatusest, inimesed ei ole kursis kohaliku korraga.

KOMMENTAAR

Haljala vallas erilisi probleeme

seoses uue hooldajatoetuse korra kehtetamisega ei ole. Ettevalmistusaeg oli küllalt pikk ja elanikkonda sai teavitada muudatustest. Arvan, et abita ei ole meil keegi jäänud: juhtudel, kus hooldajat ei määratud, oleme leidnud üheskoos lahenduse. Hinnatud on 41 puudega inimest, määratud on hooldajaid hooldajatoetusega ja ilma toetuseta, määratud on teenuseid ja toetusi.

Sotsiaaltöötajatele on see aeg olnud väga tõine, hindamine on mahukas ja võtab palju tööajast. Instrument, mille järgi hindamist läbi viime, on keeruline ja julgen öelda, et vallas, kus sotsiaaltöötaja tunneb kõiki, ka ebaotstarbekas. Täidame küll kõik lahtrid, aga kõrval valgel paberil on ka märkmed enda jaoks. Volikogus vastu võetud kord toimib, senini veel muudatusi pole plaanis sisse viia.

Muret teevad psüühikahäiretega inimesed, kelle hooldusvajadus on eriline. Ei vaja nad ju abi igapäevaelu toimingutes, vaid nõustamist ja järelevalvet, mida on üksi elavale inimesele raske pakkuda. Juba kolm aastat toimuvad meil psüühikahäiretega tööealiste inimeste kokkusaamised. Sellel aastal õnnestus koostöös tööhõiveametiga viia tugirühmas osalejatele kohapeal läbi neljakuuline toimetulekukursus, mille käigus omandati tänapäeva kiires elutempos toimetuleku oskusi. Üks noormees läbis jätkukursusena ka korstnapühkija ja pottsepa kursused, mis tal ka õnnestus lõpetada.

Urve Vogt, Haljala valla sotsiaaltöötaja

Rahvusvahelise funktsioneerimisvõime, puuete ja tervise klassifikatsiooni (RFK) tulek Eestisse

Piret Simmo

Sotsiaalministeeriumi terviseinfo ja analüüsi osakonna projektijuht

Käesoleva aasta 19. ja 20. mail toimus Tallinnas hotellis Tallink rahvusvaheline konverents "Rakendatav RFK". Konverentsi eesmärk oli tutvustada huvilistele, mida tehakse RFK rakendamiseks Balti- ja Põhjamaades. Konverentsist võttis osa ligi 70 inimest kõigist Balti- ja Põhjamaadest. Konverents oli juba neljas omataoline, kuid esimest korda võtsid sellest osa Baltimaade esindajad.

Vastavalt 54. Maailma Terviseassamblee otsusele on Maailma Tervishoiuorganisatsiooni (MTO) liikmesriigid kohustatud oma teaduslikus uurimistöös, epidemioloogilises järelevalves ja aruandluses kasutama RFK-d. Uue klassifikatsiooni rakendamisel võetakse arvesse riikide erinevat lähtepositsiooni, sest osa riike oli siiani kasutanud ka RFK eelkäijat ICIDH-d.

Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, puuete ja tervise klassifikatsioon (RFK) annab ühtse sõnavara ja raamistiku tervise ning tervisega seotud seisundite kirjeldamiseks. RFK võimaldab paljude distsipliinide ja teadusharude spetsialistidel tervise- ja tervishoiualase info vahetamist kogu maailmas. Haigusi, hälbaid ja traumasid määrav RHK-10 ja RFK täiendavad teineteist. RFK eelmine versioon ICIDH, mis võeti kasutusele 1980. aastal, oli n.ö haiguse tagajärgede klassifikatsioon. RFK on kujunenud tervise koostisosade klassifikatsiooniks, mis on haiguste etioloogia suhtes neutraalsel seisukohal. RFK kasutusala on statistika, teadusuuringud, praktiline meditsiin, viimase puhul patsientide kõrvalabi vajaduste, kutsesobivuse, ravi- ja taastusravi tulemuste hindamisel ning spetsiifiliste tervisehäirete sobivaima ravi leidmisel. Lisaks on RFK kasutatav sotsiaalvaldkonnas – hoolekande kavandamisel; kompensatsioonisüsteemide ja -poliitika kavandamisel ning elluviimisel; hariduses – õppekavade koostamisel terviseteadlikkuse ning ühiskondliku aktiivsuse tõstmiseks.

Riigid on RFKd tutvustanud, mõistnud ja rakendanud vastavalt oma võimalustele ja vajadustele. Konverentsi ettekannete järgi otsustades on Põhjamaad uue klassifikatsiooni rakendamises Baltimaadest ette jõudnud – seal keskendutakse juba koolituspakettide väljatöötamisele, teadustöödele ja kerkinud küsimuste lahendamisele.

Konverentsi esimese, klassifikatsiooni tutvustava ettekande "Sissejuhatus RFK-sse – struktuur, komponendid ja koodid" tegid Norra rahvatervise ülikooli esindaja OT, Ph.D Randi W. Aas ja klassifikatsioonide nõunik dr Glen Thorsen. Seejärel tutvustati eri riikide saavutusi RFK rakendamisel. RFK kasutamine rahvusvahelises plaanis on väga erineva taseme ja suunaga.

Leedus ja Lätis on jõutud RFK trükkida, kuid konkreetse rakendamiseni ei ole veel jõutud. Leedulased on Vilniuse Ülikooli professori Albinas Bagdonase eestvedamisel alustanud sotsiaalvaldkonnas pilootprojektidega. **Eesti** ettekandeks oli dr Varje-Riin Tuuliku ülevaade 2004. a toimunud pilootprojektist. Eelmisel aastal teostati pilootprojekt RFK kasutamisevõi-

maluste hindamiseks taastusravi- ja rehabilitatsiooniasutustes. Pilootprojektist võttis osa 8 suuremat teenuseosutajat, kus olid rehabilitatsioonimeeskonnad juba olemas.

RFK meetodika on juba praegu mõjutanud Eesti tervise- ja sotsiaalvaldkonda ilma, et seda oleks teadvustatud. Elukeskkonna ja muude taustateguritega arvestamine patsiendi terviseseisundi hindamisel on tulnud otseselt RFK meetodikast. Ühe võimaliku rakendusvõimalusena on üle vaadata RFK meetodika alusel rehabilitatsiooni plaanide keelekasutus ja ülesehitus. Samuti sobib RFK taastusravi patsientide terviseseisundi hindamise vahendina. Kaugemas perspektiivis on võimalik hinnata RFK abil erivajadustega laste terviseseisundit ja vajadust abivahendite järele.

Praktilise kasutuselevõtu poolest tuleb eriti esile tõsta **Saksamaad**, kus on juba välja töötatud 12 erialaspetsiifilist koodide komplekti (kontroll-lehte, ingl.k *core-set*). Seda tegevust juhhib Müncheni Ülikooli haigla füüsilise meditsiini ja rehabilitatsiooni osakonna juhataja professor Gerold Stucki, kes on ka Saksamaa RFK teadusdirektor. Kontroll-lehed on üles ehitatud teatud haigusrühmale iseloomulikke terviseseisundi tunnuseid kõige paremini iseloomustavate koodide kombinatsioonidele.

Koos professor Stucki'ga on kontroll-lehtede arendustööd teinud professor Gunnar Grimby **Rootsi** Sahlgrenska ülikooli haiglast. Tema ettekanne käsitleski kontroll-lehtede täiustamist, eesmärgi ja standardite väljatöötamist. Rootslaste eestvedamisel töötati 2004. aasta lõpuks välja RFK rahvusvaheliselt aktsepteeritud lasteversioon ICF-CY, kus ligikaudu 200 koodi erinevad täiskasvanute versioonist. Rootsit esindas Venemaalt pärit Mälardaleni Ülikooli doktorant Nina Ibragimova.

Ka **Venemaal** on RFK tõlgitud ja see klassifikatsioon on rakendamisjärgus: selles on rõhk asetatud statistilise informatsiooni kogumise väljatöötamisele RFK järgi, mis on kindlasti üks RFK kasutamist käivitavaid asjaolusid ning eeldus laialdaseks rakendamiseks.

Soomes on juba mõnda aastat läbi viidud RFK algkoolitust professor Seija Talo juhtimisel, neid koolitusi on kutsutud RFK a-b-c kooliks. Käesolevast aastast on soomlastel plaanis käivitada neli pilootprojekti, mis on seotud RFK tulevaste rakendusvaldkondadega. Pilootprojekte juhhib Soome Sotsiaal- ja Tervishoiuala Uurimis- ja Arenduskeskus (STAKES). Jyväskylä ülikoolis on tehtud kaks doktoritööd RFK-ga seotud teemadel ja neile lisandub sel aastal veel neli. Professor Seija Talo tegi konverentsil kaks ettekannet. Esimene neist esitles tööd, mis kirjeldab ja kritiseerib Ameerika Psühholoogide Assotsiatsiooni väljatöötatud RFK kasutamise juhendit. Peamiseks kriitika põhjuseks oli liigne rõhuasetus tervishoiule. Dr Seija Talo väitel on RFK loodud valdkondadevaheliseks kasutamiseks, seega on kodeerimisel oluline osa täita erinevatel spetsialistidel, nagu tööterapeudid või sotsiaaltöötajad. Samasuguste tulemusteni jõuti ka Eestis toimunud pilootprojekti käigus: RFK rakendamine tõhustas meeskonnatööd, võimaldas spetsialistidel paremini mõista üksteise ülesandeid ja lõpptulemusena anda patsiendi terviseseisundile terviklik hinnang. Eesti pilootprojekti hindamismeeskondades oli 3–7 spetsialisti, kodeerimisvahemikke oli kõigi valdkondade esindajatele.

Kokkuvõttes võib konverentsi pidada õnnestunuks. Eesti sai paari päevaga ülevaate, millega tegelevad selles valdkonnas meie lähinaabrid. Sellisel tasemel pole sotsiaaltöö ja tervishoiu spetsialistid, kes on huvitatud inimese terviseseisundi kirjeldamisest ja selle arendamisest RFK järgi, varem neis maades kokku saanud. Kahe aasta pärast lubati kohtuda Vilniuses.

*IV rahvusvahelisel ICF/RFK konverentsil on ka oma kodulehekülj
<http://www.nordclass.uu.se/conference/ICF/tallinn2005.htm>. Kõik konverentsil toimunud ettekanded on kodulehel.*

Eesti sotsiaaltöötajate kogemus

RFK hindamisvahendite kasutamisest

Eesti rehabilitatsioonimeeskondades töötavatel sotsiaaltöötajatel on olemas kogemus Rahvusvahelise funktsioneerimisvõime, puuete ja tervise klassifikatsiooni (RFK) (ingl. k. *International Classification of Functioning, Disability and Health*) hindamisvahendite kasutamisest puuetega inimeste funktsioneerimis- ehk osalusvõime hindamisel igapäevaelus. Käesoleva artikli eesmärk on vahendada sotsiaaltöötajate väärtuslikku kogemust ajakirja lugejaskonnale.

Dagmar Narusson, sotsiaaltöö doktorant

Eesti Tervishoiu Sotsiaaltöötajate Assotsiatsiooni juhatuse liige

Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, puuete ja tervise klassifikatsioon kuulub Maailma Tervishoiuorganisatsiooni poolt välja töötatud ja tunnustatud tervise klassifikatsioonide hulka alates 2001. a maist. RFK kuulub samasse klassifikatsioonide perekonda kui Rahvusvaheline haiguste ja nendega seotud terviseprobleemide statistiline klassifikatsioon (RHK) (ingl. k. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*), mis põhineb terviseprobleemide etioloogilisel käsitlusel ning on süsteemne diagnoosidel põhinev klassifikatsioon.

RFK mõõdab toimetulekut igapäevaeluga

Vastukaaluks pikki aastaid tervishoius kasutusel olnud RHK-le, klassifitseerib RFK inimese tervisega seotud tingimusi ja vajadusi palju laiemalt (*Towards ... 2002*), arvestades muuhulgas tervist mõjutavaid aspekte, inimese funktsioneerimisvõimet igapäevaelus ja inimese ning talle lähima keskkonna vahelisi suhteid. Lihtsustatult öeldes, kui RHK puhul saame tuua paralleelse puude meditsiinilise käsitlusega, siis RFK tugineb biopsühhosotsiaalsele lähenemisele. Nimetatud ideoloogiline muutus inimese tervise ja puude käsitluses on väga oluline tervishoiu sotsiaaltöö seisukohalt. Ravi- ja rehabilitatsiooniasutustes tegutsevad sotsiaaltöötajad teavad, kui võrd vajalik on terviseprobleemidega inimese funktsioneerimisvõime hindamisel ja talle sobivate teenuste koordineerimisel ning sekkumismeetodite kasutamisel arvestada samaaegselt nii inimese tervise, psühhosotsiaalsete, sotsiaalmajanduslike kui ka keskkonna tingimuste ning nende omavaheliste mõjudega. Ükski varasem rahvusvaheliselt tunnustatud mulle teadaolev tervise klassifikatsioon pole nii selgelt eeldanud, et ravi- või rehabilitatsioonimeeskonnas (mitte ainult hooldusravimeeskonnas) viib teiste spetsialistide hulgas ja just sama klassifikatsiooni kasutades hindamist läbi ka sotsiaaltöötaja.

Üks innovatiivsemaid muudatusi varasemate versioonidega võrreldes on keskkonnategurite kaasamine tervise klassifikatsiooni. RFK koosneb kahest osast. Klassifikatsiooni esimene osa jaguneb organismi funktsioonide (koodid algavad tähega "b") ja organismi struktuuride peatükkideks (koodid algavad tähega "s") ning tegutsemise ja osaluse peatükiks (koodid algavad tähega "d"). Klassifikatsiooni teine osa koosneb alajaotustest keskkonnategurid (koodid algavad tähega "d") ning personaalsed tegurid (koode pole RFK-s klassifitseeritud). Keskkonnategurite hindamine võimaldab kindlaks teha inimeste igapäevaelus nende osalus- ja tegevusvõimet mõjutavaid sotsiaalse ja füüsilise keskkonna nii takistavaid kui soodustavaid tegureid väga erinevate terviseprobleemide puhul. Keskkonnategurite hindamine eeldab spetsialistilt sotsiaaltöölalast ettevalmistust, seega väljendab vajadust sotsiaaltöötajate

jate järele ravi- ja rehabilitatsiooniasutustes. RFK kasutamiseks kliinilises praktikas on koostatud mitmeid hindamisvahendeid/ kontroll-loendeid: RFK kliiniline vorm, WHODAS II, ajukahjustuse spetsiifiline hindamisleht. Tänapäevase eesti keelde tõlgitud hindamisvahendite puhul viivad sotsiaaltöötajad üldjuhul hindamist läbi kasutades RFK kliinilise vormi tegutsemise ja osaluse peatüki järgmisi alajaotusi: inimestevahelised suhted, peamised elualad, ühendustes osalemine ning tervikuna keskkonnategurite peatüki jaotusi.

Eesti kogemus

RFK kasutusele võtmiseks viidi Eestis 2004. a sügisel taastusraviüksustes läbi pilootprojekt, millega testiti RFK kontroll-loendite kasutamist, selgitati välja sellega kaasnev aja- ja personalikulu, erinevate kontroll-loendite rakendamisel tekkivad probleemid ning otsiti neile lahendusvõimalusi, tehti ettepanekuid RFK edaspidiseks kasutamiseks, koolitusprogrammide ja juhendite väljatöötamiseks ning klassifikatsiooni eestikeelse terminoloogia täpsustamiseks. RFK aprobeerimise projektis osales 8 taastusravi osakonna/ keskuse meeskonda. Hindamist teostavates meeskondades osalesid peale sotsiaaltöötajate veel taastusrarstid, füsioterapeudid, tegevusterapeudid, logopeedid, psühholoogid, meditsiiniõed. (Tuulik 2005).

Pilootprojekti lõppedes viis käesoleva artikli autor läbi uurimuse sotsiaaltöötajate seas. Uurimuse eesmärk oli välja selgitada, kuidas oli korraldatud Eesti rehabilitatsiooniuksuste sotsiaaltöötajate hindamispraktika RFK hindamismetoodika kasutamisel pilootprojekti ning milliste aspektidega tuleb arvestada hindamismetoodika ja -praktika arendamisel RFK rakendamiseks tervishoiu sotsiaaltöös, tuginedes pilootprojekti kogemusele.

Uurimismeetodina kasutati struktureeritud intervjuud. Sotsiaaltöötajatega silmast silma läbi viidud intervjuud salvestati digitaalsele diktofonile, ühel juhul vastas sotsiaaltöötaja intervjuu küsimustele e-kirja vahendusel ning täiendas oma vastuseid telefoniintervjuus. Intervjuud viidi läbi k.a veebruaris ehk 1–2 kuud pärast pilootprojekti lõppu. Uurimuses osales 6 sotsiaaltöötajat, kuna uurimuse käigus selgus, et algsesse valimisse kuulunud kaheksast sotsiaaltöötajast üks ei osalenud praktiliselt hindamiste läbiviimisel ning ühe spetsialistiga ei õnnestunud uuringu perioodil saada kontakti. Empiirilist materjali analüüsi, kasutades kvalitatiivse sisuanalüüsi meetodit.

Hindamise läbiviimine

Uurimuses osalenud sotsiaaltöötajad olid läbi viinud kokku 56 hindamist. Hindamisi teostati nii raviasutuses taastusraviosakonnas statsionaarsel ravil (4 sotsiaaltöötajat) kui ka ambulatoorsel ravil olnud inimestega (3 sotsiaaltöötajat). Kaks sotsiaaltöötajat viisid RFK hindamised läbi puudega inimestele rehabilitatsiooniplaani koostamise käigus.

Sotsiaaltöötajate hinnangul kulus hindamistegevuseks 1–8 tundi. Kuna enne piloteerimist polnud hindamisprotsessi suhtes täpselt kokku lepitud, siis sotsiaaltöötajad korraldasid oma tegevuse erinevalt, tuginedes oma varasemale töökogemusele. 5–8 tundi kestnud hindamisprotsess koosnes info kogumisest kliendilt, pereliikmetelt, omavalitsuse sotsiaaltöötajatelt, meeskonnaliikmete omavahelistest aruteludest ning seejärel kontroll-loendi täitmisest.

Kuna RFK klassifikatsioon on üles ehitatud ühtse tervikuna ja selles pole kindlaks määratud, milliste osade järgi meeskonna erinevad spetsialistid hindamisi läbi viivad, siis pilootprojekti otsustas iga sotsiaaltöötaja ise või koos meeskonnaga, mis aspekte ta puudega inimese puhul hindab. Enamik sotsiaaltöötajatest lähtus RFK keskkonnategurite peatüki kõigist alajaotustest, hinnates igapäevaelus vajalike toodete ja tehniliste vahendite kasutamist (e1), inimese toimetulekut ümbritsevas loodus- ja tehiskeskkonnas (e2), suhteid ja sotsiaalset toetust pere ning võrgustiku liikmetelt (e3), hoiakuid (e4), teenuste kättesaadavust (e5). Kõige rohkem erinevusi ilmnis tegutsemise ja osaluse peatüki alla kuuluvate alajaotuste kasutamisel. Sotsiaaltöötajate hindamispraktikas olid esindatud järgmised alajaotused: enesehooldus (d5), kodustes toimingutes osalemine (d6), inimestevahelised suhted (d7), peamised igapäevatööd või õppimistegevused (d8), kogukonna ja kodanikuühenduste tegevuses osalemine (d9). Mõned sotsiaaltöötajad hindasid mõningaid aspekte koos meeskonna-

liikmega. Koostööd tehti tegevusterapeutide ja psühholoogidega. Sotsiaaltöötajad tõdesid vajadust koolituse ning erialasestest kokkulepete järele eespool nimetatud hindamisvaldkondade ning spetsialistide omavaheliste tegevuspiiride kindlaksmääramiseks.

Hindamissituatsioon lahendati erinevalt. Esines nii seda, kus sotsiaaltöötaja oli, tuginedes RFK teemadele, välja töötanud intervjuu kava ning intervjueris selle järgi puudega inimest, püüdes mõista tema elusituatsiooni, kui ka juhtumeid, kus sotsiaaltöötaja näitas RFK kontroll-loendit kliendile ning koos püüti leida koodile sobiv määraja. Kuna RFK täitmise viis oli erinevalt üles ehitatud, siis sellest tulenevalt oli probleeme info kättesaamisega. Suuremates raskustes olid spetsialistid, kes püüdsid rakendada kontroll-loendit sõnasõnalt. Kontroll-loendis on nimetatud märksõna, mis võib aga hõlmata tervet eluvaldkonda. Ühe küsimuse põhjal määraja numbrit otsustada, kui spetsialist inimest varasemast ajast ei tunne, on väga raske. Info kogumiseks kasutasid sotsiaaltöötajad peamiselt intervjuud, aga tegid ka võrgustikutööd ja viisid läbi meeskonna ühisarutelusid.

RFK kasutamist raskendavad tegurid

Sotsiaaltöötajad nimetasid RFK kasutamisega seoses mitmeid probleeme. Kõigepealt mainiti terminite eestikeelse tõlke kohatist ebatäpsust, mis raskendas terminite tõlgendamist. Üles kerkis küsimus hindamismetoodikast – kuidas välja selgitada mõningaid aspekte, nagu näiteks “lihtsad majandustegevused”, “keerulised majandustegevused” vms. Sotsiaaltöötajad katsetasid kliendi otseküsitlust, aga see praktika ennast ei õigustanud, sest klient ei saanud aru, mida sotsiaaltöötaja küsimuse all mõtles ja sotsiaaltöötajad kurtsid, et nad ei mõista ka ise, mida täpselt RFK koostaja ühe või teise küsimusega on mõelnud.

Pilootprojekti osaledes oli sotsiaaltöötajate jaoks üks raskemaid küsimusi kliendile selgitada, miks on vaja viia läbi nii põhjalik hindamine, st panna klient rääkima väga tõsistest probleemidest, teades samas, et sekkumist ajapuudusel ei järgne või vajalikku abi ja teenuseid ei ole võimalik osutada. Kliendil tekib ootus abile, kuid samas pole abi osutada võimalik, kuna omavalitsusel ja riigil sobivad teenused puuduvad. Sotsiaaltöötajad mõistavad info kogumise vajadust pikemas perspektiivis teenuste arendamiseks, aga raske on selgitada kliendile täna, miks seda kõike vaja on ning kuidas see klienti aitab.

Uurimusest selgus, et vajadus on niisuguste täiendavate hindamisvahendite järele nagu testid ja küsimustikud koos skaaladega, mis aitaksid kindlaks teha inimese toimetulekut ning vajadusi ja langetada otsuseid ühtsetel alustel. Rehabilitatsioonimeeskondade sotsiaaltöötajatel on praegu kasutada rehabilitatsiooniplaan, geriaatrilise hindamise instrument, mõned üksikud hindamisvahendid. Täna puuduvad Eestis täiendavad hindamisvahendid, mille abil RFK kontroll-loendi täitmiseks infot koguda. Sotsiaaltöös pole RFK kasutamise puhul paika pandud ka skaalade kasutamise põhimõtted. Grupiaruteludes ilmnas, et spetsialistidel on väga erinevad seisukohad selle suhtes, millal on tegemist mõõduka, millal raske või täielikult funktsioneerimist takistava teguriga. Ühtselt tõlgendatavad hindamisvahendid annaksid võimaluse hindamisvahendite skaalade ühtlustamiseks RFK skaaladega. Tunti vajadust nn näidisjuhtumite kogumiku järele.

Kokkuvõtteks võib öelda, et pilootprojekti osalemine andis sotsiaaltöötajatele hea meeskonnatöös osalemise kogemuse. Samas oli vaatamata ühtse RFK hindamismetoodika kasutamisele sotsiaaltöötajate hindamispraktikas olulisi erinevusi. Erinevad hindamiskogemused ja RFK kasutamine aitasid välja tuua neid tegureid, mida tuleb arvestada RFK igapäevatöösse juurutamisel.

Viidatud allikad

Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health ICF. (2002). WHO [Online]. [05.06.2005]. <http://www3.who.int/icf/beginners/bg.pdf>

Tuulik, V.-R. (2005). Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon: selle approbeerimine Eesti taastusraviasutustes. Lege Artis. Veebruar 2005



Kliendi aktiivraviasutusest väljakirjutamisel esinevad takistused

Tervishoiu sotsiaaltöötajate hinnangul on peamisteks probleemideks klientide haiglast väljakirjutamisel süsteemse lähenemise puudumine; sotsiaaltöötajate vähesus haiglates; järelravi, taastusravi, hooldusravi ja hoolekandeteenuste piiratud maht ning inimeste ja nende lähedaste vähene informeeritus.

Maarika Tisler

TÜ sotsiaaltöö eriala magistrant

SA TÜ Kliinikumi spordimeditsiini ja taastusravi kliiniku sotsiaaltöötaja

Eestis on tervishoiusüsteemi (Tervishoiuprojekt 2015) ümberkorralduste ja hoolekandeteenuste ebapiisava mahu tõttu kujunenud olukord, kus puuduvad sageli võimalused suunata klient/patsient pärast aktiivravi talle sobivasse keskkonda või teenusele. Olles ise tervishoiu sotsiaaltöötaja, puutun sageli kokku klientidega, kes ei ole õigel ajal jõudnud neile vajalike teenusteni nii tervishoiu- kui ka hoolekandesüsteemis. Näiteks võib nimetada kõne-ravi hilinemist, ambulatoorse taastusravi hilinemist, väheseid teadmisi rehabilitatsiooniteenustest ning kohaliku omavalitsuse pakutavatest teenustest.

Olukorra muudab keerulisemaks Eesti meditsiini mittevastavus psühhosotsiaalse tervishoiu kontseptsioonile (Narusson 2003) ja tervishoiu sotsiaaltöötajate piiratud arv, kes tegelevad kliendile olulise informatsiooni jagamise ja teenuste korraldamisega. Haiglast väljakirju-

tamisel esinevad takistused ja süsteemse lähenemise puudumine põhjustavad teenuse osutajate ja tarbijate probleemide kuhjumist. Seetõttu on tekkinud praktiline vajadus teha kindlaks ja analüüsida aktiivraviasutustest väljakirjutamisel esinevaid takistusi.

Käesolevas artiklis selgitatakse väljakirjutamise planeerimist, tervishoiu sotsiaaltöötaja rolli selles protsessis ning antakse ülevaade väljakirjutamisel esinevatest probleemidest ja takistustest tervishoiu sotsiaaltöötajate hinnangute alusel.

Haiglast väljakirjutamise planeerimine

Haiglaajärjekordade ja haiglas viibimise aja lühendamise soov ning nn voodiblokeerijate (isikud, kes ei vaja enam ravi) suur hulk nõuab tervishoiu- ja hoolekandesüsteemilt uusi tegutsemisviise lühendamaks ja reguleerimaks haiglas viibimise perioodi nii, et see oleks optimaalne. Seetõttu peetakse mujal maailmas üheks tervishoiu- ja hoolekandesüsteemi kulutuste ohjeldamise vahendiks haiglast väljakirjutamise planeerimise tõhusust (McKenna jt 2000).

Haiglast väljakirjutamise planeerimine on protsess, mis seisneb plaani koostamises patsiendi üleviimiseks pärast haiglaravi temale sobivasse keskkonda või teenusele. Haiglast väljakirjutamise planeerimise peamised eesmärgid on: patsiendi isiklike vajaduste rahuldamine, prima võimaliku elukvaliteedi kindlustamine, järjepideva ravi- ja hooldusvõrgu tagamine ning haigla ja kogukonna ressursside võimalikult efektiivne kasutamine.

Tavaliselt peetakse haiglast väljakirjutamise planeerimist ja sellega seotud tegevuste koordineerimist tervishoiu sotsiaaltöötaja üheks tööülesandeks. Väljakirjutamise planeerijatena korraldavad tervishoiu sotsiaaltöötajad kliendi, perekonna ja multidistsiplinaarse meeskonna omavahelist koostööd, tegeldes ravi järjepidevuse, kliendi enesehoolduse, omastehoolduse, avahoolduse või institutsionaalse hoolekande küsimuste kooskõlastamisega (Kadushin ja Kulys 1993, Pichitpornchai jt 1999).

Raviasutusest väljakirjutamisega kaasnevad probleemid

Enamikule inimestest on haiglasse sattumine ja seal viibimine ebaneeldiv. Probleemiks on inimese iseseisvuse, autonoomia kadumine. Erinevate uurimistööde ja autorite järgi (Cannaby jt 2003, *Department of Health of the United Kingdom* 2003, McKenna jt 2000, Procter jt 2001, Rentsch jt 2003) on haigel tekkivad peamised probleemid järgmised :

- inimestele ei pakuta neid ravi- ja hoolekandeteenuseid, mida nad vajavad;
- rõhutakse perekonna ressurssidele ja omavastutusele, ei arvestata, et tegelikult ei pruugi perekonnal hooldamise ja ravi korraldamiseks piisavalt raha ja võimalusi olla;
- puuduvad kliendi vajadusi rahuldavad ja kliendile sobilikud teenused;
- puudub täpne informatsioon haiguse, diagnoosi, olemasolevate teenuste ja abi allikate kohta.

Raviasutusest väljakirjutamist takistavad tegurid tervishoiu sotsiaaltöötajate hinnangul

2004. a aprillis viidi läbi tervishoiu sotsiaaltöötajatega käesoleva teema raames 8 poolstruktureeritud ekspertintervjuud. Uurimuse eesmärk oli koguda andmeid haiglast väljakirjutamise planeerimise kohta, toetudes aktiivraviasutuste sotsiaaltöötajate hinnangutele (isiklik kogemus ja raskused) ning keskendudes selles protsessis esinevate takistuste tuvastamisele. Andmeanalüüsi meetodina kasutati *cross-case*¹ meetodit.

Uurimistulemuste kohaselt on üheks peamiseks takistuseks klientide haiglast väljakirjutamisel see, et puudub süsteemne lähenemine. Sotsiaaltöötajate arvates peaks patsiente, kel-

¹ *Cross-case* meetodi puhul analüüsitakse konkreetse teemaga seotud löike eri vastajate vastustest. Toim.

lel on näidustus, mis võimaldab väljakirjutamist planeerida, hindama ning välja selekteerida võimalikult vara, et tagada neile sobivaim ravi-, rehabilitatsiooni- või hoolduskorraldus. Lahendusena nähakse kliendi igakülgse hindamise süsteemi väljatöötamist ja selle rakendamist juba inimese haiglasse saabumisel, et oleks võimalik varakult kindlaks teha tema vajadused ja ressursid ning selle alusel kavandada edasist sekkumist.

Teiseks takistavaks teguriks on sotsiaaltöötajate vähesus, mistõttu pole võimalik korraldada klientidele teenuseid ja toetuste kättesaamist vajalikus mahus.

Kolmanda takistusena võib esile tuua tervishoiuteenuste puhul järelravi, taastusravi ja hooldusravi piiratud mahu ning sellest tingitud pikad järjekorrad. Hoolekandeteenuste saamisel on põhiliseks probleemiks teenuste madal kvaliteet, piiratud maht või teenuste puudumine.

Väljavõtteid intervjuudest: tervishoiuteenused

Järelravi ja hooldusravi ning taastusravi puhul on pikk järjekord, järjekord on kuskil kuu aja pikkune. Ikkagi väga pikk. Nii kaua ei saa inimene haiglas olla. /.../. /.../. /... kõik teenused on piiratud koguses, pole ju võimalik kõigile neile vajalikku teenust korraldada. /.../. (R1)

/.../. See, et patsiendid peavad ootama praegu koduõendusteenust 4–5 päeva, see ei ole juba hea. Kui ma saadan faksiga saatekirja, siis peaks järgmisel päeval olema juba koduõde kodus, hetkel see nii enam ei ole. Pole nii palju õdesid tööl, et nad jõuaksid kohe./.../ (R3)

/.../ taastusraviteenus – see on hästi vähestele kättesaadav. Ta on rahaliselt kallis ja teiselt poolt siin haiglas meil on ainult 7 kohta. /.../. (R8)

... ja hoolekandeteenused

/.../. Minu andmetel on kõik maakonna sotsiaalhoolekande asutuste kohad täis ja see tähendab seda, et kui see lähedane isegi tahaks maksta, siis viia kuskile inimest ei ole. /.../. (R5)

No meil näiteks ei ole omavalitsustes transporditeenust, kuigi see on sotsiaalhoolekande seaduses reglementeeritud. Transporditeenus peaks olema, aga meil ei ole üheski omavalitsuses. /.../. (R2)

/.../. Meil linnas on transporditeenus olemas, aga seda pakutakse ainult siis, kui haige istub ratastoolis. Ja kui inimene elab viiendal korrusel, majas ei ole lifti. Siis nemad inimest sinna kõrgele ei vii, siis pean ma kontakteeruma paljude sugulastega, et nemad selle inimese viiendale korrusele viiks. /.../. (R3)

/.../. Isikliku abistaja teenust meil ka pole mitte kuskil maakonnas. /.../. (R2)

/.../. Koduhooldusteenuse poole pealt, see on ikka kättesaamatu teenus. Kui ongi kättesaadav, siis ta ei ole piisav. (R2)

/.../. Meil linnas on tegelikult hullem olukord kui mõnel pool mujal maakonnas, koduhooldustöötajaid ei ole võtta. /.../. (R8)

/.../. Hooldustöötajat /.../ kui haige läheb reedel haiglast välja, siis ta saab selle hooldustöötaja alles esmaspäeval. /.../. Et ei oleks seda auku laupäeval ja pühapäeval... Meil jääb see mure, et kas ta saab ikka nädalavahetusel süüia, kas tuba on soe jne. (R3)

Neljanda takistusena tuleb nimetada lähedaste ja patsientide vähest terviseteadlikkust, hoolekande ning tervishoiuteenuste võimaluste ebapiisavat tundmist, mis omakorda väljendub nii ebakompetentsuses kui ka passiivsuses edaspidiste ravi-, rehabilitatsiooni- ja hooldusküsimuste lahendamisel.

Näiteid vähesest teadlikkusest:

/.../. Ta ei suuda alati aru saada, miks ta peab aktiivravist lahkuma, miks ta ei ole kuni tervenemiseni haiglas ühe koha peal. /.../. /... tuleb selgitada, et aktiivravi on kallis. /.../ (R1)

/.../. /... muidugi on ka inimesi, kes hakkavad asjadele mõtlema alles siis, kui nad

on juba haiglas. Sinnamaani ei olnud see elukoht talle oluline, töökohta, haigekassat ei ole, mitte midagi. Ja kui ta satub nüüd haiglasse ja tal on abi vaja, siis on terve ilm süüdi, kui ta seda ei saa. /.../. /.../, meie hulgas on siiski üks osa inimesi, kes ei mõtle oma tuleviku peale ja vananemise peale või haigestumise peale, .../. (R5)

/.../, lapsed ei taha aru saada, et nende ema või isa on jäänud abituks. /.../. Ta oli nii tubli ju, sai hakkama, kuidas ta enam ei saa. Nüüd on ta haiglas ja saab terveks, aga haige on niisugune, et ei tõuse ju enam üles. /.../. (R3)

No lähedastega on võibolla väga raske see, et lähedaste ootused eriti eakate puhul on natukene suuremad kui meditsiini võimalused. /.../. See tähendab eakamate puhul oodatakse seda, et patsient on niikaua haiglas, kuni ta ühesõnaga omal jalal kõndima hakkab, ka dementsete puhul, et see dementsus läheb üle ja et ta hakkabki ise toime tulema. Või et kui ei hakka või kui ei juhtu midagi, siis on ta haiglas kuni surmani. /.../. (R4)

/.../. Asi, mis jätab soovida, on just see info liikumine, et nad ei tea hoolekandesüsteemist ja tervishoiusüsteemis toimuvast suurt midagi. Nad on kuskilt midagi kuulnud ja lõpuks osutub see väga utoopiliseks, mida nad on kuulnud. /.../. (R6)

Näiteid sugulaste passiivsusest:

/.../. /.../, kui toimub patsiendi väljakirjutamine, siis need sugulased ühtäkki kaovad ära. Senimaani on nad käinud kogu aeg vaatamas oma sugulast, vanemat. Ühtäkki kaovad ära, .../. /.../. Nad ei taha edasi tegeleda, /.../. Lihtsalt /.../ jätavad oma sugulase siis haiglasse kes teab kui kauaks. /.../. /.../ perekonna pool, et kui ikkagi pole tegu adekvaatse perega, seaduse järgi on ta vastutav, aga kohustust ei täida. /.../. (R2)

Kurb on see, et järjest enam satub minu vaatevälja neid patsiente, kelle lähedased on nagu neist lahti ütelnud. /.../. (R8)

Urimumistöö praktiliseks väljundiks oli väljakirjutamise planeerimisel esinevate probleemide, raskuste ja takistuste kirjeldamise kaudu nende tundmaõppimine. Teades takistusi ja probleeme, on sotsiaaltöötajatel võimalik oma tegevusega paremini toetada nii teenuse tarbijate kui teenuse osutajate probleemide lahendamist. Takistusi on võimalik ületada, kui haiglad tunnustavad meeskonnatöö põhimõtteid, kui eesmärgiks on seatud patsiendikesksus, järjepidev ravi ja hooldus, kui kaasatakse selle nimel kõikvõimalikke ressursse nii, et need ressursid on suunatud sinna, kus nad tervishoiule ja hoolekandele kõige suuremat kasu toodavad.

Viidatud allikad

Cannaby, A.-M., Parker, G.S., Parker, R. (2003) Identifying Barriers to Improving the Process of Discharging Patients from Hospital. *Primary Health Care and Development*, vol 4, lk 49-56.

Department of Health of the United Kingdom (2003) *Discharge from Hospital: Pathway, Process and Practice*. London.

Eesti Tervishoiu Projekt 2015 (2000) Eesti haiglate arengukava aastani 2015.

[http://www.sm.ee/est/HtmlPages/HVA2002/\\$file/HVA2002.pdf](http://www.sm.ee/est/HtmlPages/HVA2002/$file/HVA2002.pdf) (06.06.2005)

Kadushin, G., Kulys, R. (1993) Discharge Planning Revisited: What Do Social Workers Actually Do in Discharge Planning? *Social Work*, vol 38, 6, lk 713-726.

McKenna, H., Keeney, S., Glenn, A., Gordon, P. (2000) Discharge planning: an Explanatory Study. *Journal of Clinical Nursing*, vol 9, 4, lk 594-601.

Narusson, D. (2003) Assessment of Client Biopsychosocial Functioning in Health Care Social Work. Research Project.

Pichitpornchai, W., Street, A., Boontong, T. (1999) Discharge Planning and Transitional Care: Issues in Thai Nursing. *International Journal of Nursing Studies*, vol 38, lk 355-362.

Procter, S., Wilcockson, J., Pearson, P., Vicky, A. (2001) Going Home from Hospital: the Carer/Patient Dyad. *Journal of Advanced Nursing*, vol 35, 2, lk 206-218.

Rentsch, D., Luthy, C., Perneger T.V., Allaz, A.-F. (2003) Hospitalisation Process Seen by Patients and Health Care professionals. *Social Science & Medicine*. http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&aset=W-WA-A-A-ADE-MSA (06.06.2005)

Sotsiaalminister Jaak Aab: Omavalitsuse roll hoolekandes suureneb

Olete olnud kuu aega sotsiaalminister. Kas olete jõudnud ennast kurssi viia Teie haldusalas toimuvaga?

Eks ikka. Olen teinud igas valdkonnas paari-tunnised briifingud, tutvunud nii inimeste kui probleemidega. Järjest tuleb jooksvaid probleeme, mida on vaja lahendada. Mul on tekkinud hea kontakt valdkondi juhtivate inimestega ja spetsialistidest ametnikega, kellega on tulnud töötada seaduseelnõude ettevalmistamisel. On olnud nii positiivseid kui negatiivseid üllatusi.

Kui Te paneksite pingeritta probleemid, mida Teil tuleb hakata lahendada, mis-sugused neist on Teie arvates kõige teravamad?

Tuleb hakata rakendama seda, milles on kokku lepitud. Kuna sotsiaalminister on poliitiline ametikoht, siis ta kindlasti esindab sotsiaalprobleemide lahendamisel oma erakonna ja ka koalitsiooni huve ja prioriteete. Ei ole ju saladus, et üks esimesi prioriteete, mida üritatakse läbi viia, on pensionitõus, riikliku pensionikindlustuse seaduse muutmine. Seadusemuudatus viidi juba riigikogusse, muidu ei oleks jõudnud koalitsioonilepingus märgitud tähtjaks pensione tõsta. Teine seaduseelnõu, mis läheb riigikokku sama kiiresti, on vanemahüvitise maksmise pikendamine kolme kuu võrra. Ka see seadusemuudatus on plaanis vastu võtta veel enne suvepuhkust. Kõige teravamalt on päevakorral tervishoiu rahastamise ja arstiabi kättesaadavuse probleemid. Haigekassa puudujääk tuleneb paljuski arstide ja õdede palgakokkuleppes. Ressursipuuduse korral on kaks võimalust – kas kulusid kokku hoida või tulusid suurendada. On mitu varianti ja see, milline neist valitakse, on poliitiline otsus.

Miks just neid valdkondi eelistati?

Koalitsioonileppes on kirjas ka palju muud. Plaanis on sünnitoetuste tõstmine ja tulumaksuvabastus alates teisest lapsest

tulumaksumiinimumi ulatuses, mis soodustab lastega perede toimetulekut. Mõlemad meetmed rakenduvad 1. jaanuarist 2006. Terav on ka vanemliku hooleta laste küsimus, mis on meie ühiskonnas küllaltki aktuaalne.

Kuid kõik kolm koalitsiooni osapoolt on rõhutanud, et pensionide maksmisses oleme jäänud teistest maha. Ükskõik kellega võrreldes võime veenduda, et pensioni tase on Eestis madal. Selles osas on väga selge lubadus välja käidud ja seda lubadust üritame pidada. Praegu on ette nähtud kaks täiendavat pensionitõusu, kuid me peame välja töötama sellise jätkusuutliku lahenduse, mis võimaldaks edaspidi normaalses tempos pensionit kasvatada. Sest ma ütleksin küll, et viimaste aastate tempo ei ole olnud normaalne, arvestades seda, kuidas tõuseb palk ja laekub sotsiaalmaks. Pensionide indeksi see pool, mis võetakse tarbijahinna indeksist, pidurdab tegelikult loogilist kasvu, aga valmis lahendusi ma ei oska pakkuda.

Vanemliku hoolitsuseta laste puhul peaks vaatama, et laps saaks kasvada peres. See oleks palju parem lahendus kui lastekodus kasvamine. Võime küll öelda, et lastekodus on väga tublid töötajad ja kasvatajad, aga see ei anna kogemust peresuhetest ja perekliimast, mis kindlasti mõjutab lapse käitumist täiskasvanuna. Hooldusperede toetus peaks kasvama, praegu kulutame lapse kasvatamisele-ülalpidamisele lastekodus ikkagi kordasid rohkem, kui seda on kasupererele makstav toetus. Ka tagatised täiskasvanuks saamisel peaksid laienema hooldusperes kasvanud lapsele – elluastumistoetus, eluasemega kindlustamine.

Ja mis on plaanis ette võtta lastekodudega?

See on olnud juba pikemat aega teemaks läbirääkimistel kohalike omavalitsustega, et tuleks üle vaadata lastekodude võrk, et tagada lastele võimalus elada oma kodu lähedal. Sel juhul oleks ka loogiline, et lastekodud jääksid omavalitsuste hallata ja omavalitsus

saaks lapse suunata just oma piirkonna lastekodusse. Säiliks side selle kohaga, kust laps on pärit. Kui hakkame lastekodusid omavalitsustele üle andma, on kaks varianti, nagu oli see ka üldhooldekodudega – kas teeb riik need korda või anname raha kaasa, et omavalitsused saaksid need korda teha. Ma ei oska öelda, kas seda õnnestub teha järgmisel aastal – tõenäoliselt ei ole kohalikud omavalitsused nii kiiresti nõus lastekodusid üle võtma, aga kindlasti üritaks 2007. aastal saada selleks ka rohkem raha. Praegu on plaanis 11 mln, see läheks lastekodude hoonete remondiks ja abivahendite, õppevahendite jne muretsemiseks.

Kuidas jääb sellega, et töötajaid tuleks rohkem koolitada, neid juurde palgata?

Eelarves on meil välja toodud eraldi summa ka personalikuludeks. Mõned kokkulepped on juba sõlmitud, nüüd on vaja kindlustada, et need oleks rahaga kaetud. Üritame seda järgmisel aastal ja see puudutab ka arstide-õdede palgakokkulepet.

Koalitsioonilepingus räägitakse väga palju õpetajatest – palgatõus, koolitused. Kas sotsiaaltöö tegijate puhul ka on sellele mõeldud?

Traditsiooniline sotsiaaltöö toimub omavalitsustes, see on nende funktsioon, nii et eks iga omavalitsus otsustab, mis on tema prioriteedid. Ma ei usu, et riik siin väga palju peaks ette kirjutama. See on sama teema, mis kerkis üles ka puuetega inimeste hooldajatoetuse üleandmise puhul. Omavalitsusel on nüüd võimalus läheneda inimestele individuaalselt, ta ei pea jagama hooldajatoetusi nii, nagu seda tegi riik, ta peab hindama iga puuetega inimese vajadust teenuste järele. Kas inimese hooldusvajadus on tõesti kaetud, kui keegi pereliikmetest-sõpradest teda hooldab, või peab talle pakkuma koduhooldust või päevakeskuse teenust. Individuaalset lähenemist tuleb rakendada ka inimese sotsiaalsete vajaduste hindamisel. Muidugi on oluline, et omavalitsused saak-

sid mõningase rahasumma lisaks toimetulekutoetusele – tegelikult said nad seda ka käesoleval aastal – mida nad võivad kasutada omal



Foto: Maris Saar

Jaak Aab

Sotsiaalminister alates 13. aprillist 2005
Sündinud 9. aprillil 1960
Taageperas Helme vallas
Haridus: vene keele ja kirjanduse õpetaja
Töötanud kooliõpetajana, Võhma linna-peana, olnud riigikogu liige
Viimane ametikoht enne ministriks saamist: Eesti Linnade Liidu tegevdirektor
Parteiline kuuluvus: Eesti Keskerakond

Punkte koalitsioonileppest:

- rakendada tulumaksuvabastus maksuvaba miinimumi ulatuses alates pere teisest lapsest 1. jaanuarist 2006
- suurendada alates 1. jaanuarist 2006. sünnitoetust 5000 kroonini
- pikendada vanemahüvitise maksmise perioodi 3 kuu võrra
- alates 1. jaanuarist 2006 katta riigieelarvest tasuta koolitoidu kulud põhikooli ulatuses ning alates 1. septembrist 2006 kutsekooli õpilastele
- tagada vanemliku hoolitsuseta lastele arengut võimaldavad elu- ja õpitingimused
- toetada hooldus- ja kasuperesid
- kindlustada 1. juuliks 2005 keskmise täisvanaduspensionini tõus 2700 kroonini kuus ja 2006. a 1. aprilliks 3000 kroonini kuus
- suurendada vanaduspensionini kasvuga samas tempos töövõimetus-, toitjakaotus- ja rahvapensionini
- jätkata tulumaksu alandamist
- suurendada alates 1. jaanuarist 2006 tulumaksuvaba miinimumi 2000 kroonini
- suurendada üksikisiku brutotulult kohalikele omavalitsustele eraldatavat määra alates 2006. a 1. jaanuarist 11,8 protsendini
- tõhustada narkomaania ja HIV/AIDSi ennetustegevust.
- arendada süsteemselt välja ning toetada noorte vaba aja veetmise võimalusi.

äränägemisel süsteemide ja struktuuride ümberkujundamiseks ja töötajate koolitamiseks.

Puuetega inimeste hooldajatoetuse ülevõtmisega läks veidi kiireks, omavalitsused ei olnud selleks valmis. Nüüd tulebki jõuda selgusele, kuidas selle funktsiooni üleandmine läks ja võtta sellest õppust, kuidas hoolekandega edasi minna.

Aga kõik ütlevad, et raha ei jätku...

Ma olen ka ise seda kogu aeg rääkinud

(naeratab). Mulle tundub, et see arvamus võib olla ka objektiivne – omavalitsuste tulubaas pole kasvanud sellises tempos kui riigieelarve või SKP. Ja omavalitsuste eelarves tekib tõepoolest auk: need kohustused, mis on omavalitsustele pandud, ei ole rahaga nii hästi kaetud kui riigi kohustused. Praegusel koalitsioonil on plaanis suurendada üksikisiku tulumaksu seda osa, mis laekub omavalitsustele. Teede ja tänavate korrashoiule kulub palju. Kui suurendame omavalitsuste tulubaasi, saavad nad ka hoolekandele järjest rohkem tähelepanu pöörata.

Palun rääkige, mida planeeritakse pikaajaliste töötute ja puuetega inimeste heaks? Neid valdkondi koalitsioonileping ei mainita.

Tööhõivepoliitika kohta võin öelda, et kõik varasemad valitsused on teinud tublit tööd, mida näitavad ka töötuse vähenemise protsendid ja trendid.

Kindlasti on vaja aktiivsemat tööhõivepoliitikat. Vaatamata sellele, et töötus üldiselt langeb, on noorte töötus kõrge ja pikaajaliste töötute arv väga suur. Momendil on riigikogus lugemisel tööturuteenuste- ja toetuste seadus, kus on mitmeid lisameetmeid, sh ka puuetega inimeste tarvis. Puuetega inimesi saab toetada tingimuste loomisega, abivahendite muretsemisel, tugiisikuga töötamisel jne. Riigi ülesanne on luua võimalused, et puuetega inimesed võiksid tööturul aktiivselt osaleda. Tööhõivepoliitikas, nagu teisteski valdkondades, on võtmeks individuaalne lähenemine – tuleb vaadata, kas inimesel on vaja koolitust, ümberõpet, nõustamist, tööpraktikat, tööharjutamist, ühiskondlikult kasulikku tööd. Esialgu oli plaanitud see seadus vastu võtta juba riigikogu kevadsessioonil ja rakendada 1. juulist, aga kuna selle rakendamiseks on tarvis lisaraha, siis praegu on plaanis see seadus vastu võtta sügisel, kui eelarve suhtes on valitsuses juba kokku lepitud. Seadus rakendub 1. jaanuarist 2006.

Eelmisel aastal koostati ministeeriumis mitu põhimõttelise tähtsusega dokumenti – hoolekandekontseptsioon, lastekaitse-

kontseptsioon. Kas nendes kontseptsioonides kavandatud meetmeid hakatakse rakendada?

Ega ma detailidega väga hästi kursis ei ole, aga tunnustan sotsiaalministeeriumi sellise lähenemise eest. Kõigepealt tuleb kokku leppida põhimõtetes, kuidas ühes või teises valdkonnas sotsiaalpoliitikat kujundatakse, kaasates arutellu kõik huvigrupid. Ka omavalitsusliidud olid kaasatud nende kontseptsioonide väljatöötamisse. Ja nüüd on võimalik juba kontseptsioonide, strateegiate, arengukavade baasil hakata konkreetseid tegevusi kavandama, eelnõusid välja töötama. Küsimus on selles, et alati tahetakse edasi liikuda kiiremini kui ressursid võimaldavad. Kontseptsioonides nähakse ette ka suhtumise ja töökorralduse muutmist, mis ei nõuagi lisaressurssi. Tegelikult on mitmeid programme, mida me tahame rakendada. Need on kõik juba välja töötatud ja ootavad. Peab olema realist ka selles mõttes, et otsustada, kas kõigeks jätkub ka raha. Kas neid programme saab rakendada täies mahus. Võib-olla tuleb programmide rakendamise aega natukene pikendada, kui ressursse ei jätku. Aga kõik programmid, mis on välja töötatud, väärivad tähelepanu ja edaspidist tööd.

Kui selliseid kontseptsioone koostatakse, siis väga loodetakse, et neid ka rakendatakse. Näiteks et iga tuhande lapse kohta oleks üks lastekaitsetöötaja.

Jah, lastekaitsetöötajad tõenäoliselt ka palgatakse, minu meelest oli selle punkti rakendamine ette nähtud 2007. aastast. See on tõsine probleem, millega olen kokku puutunud nii omavalitsusjuhina kui õpetajana. Minu jaoks on tähtis küsimus see, millal on õige sekkuda pereellu. Pereelu on puutumatu ja püha, aga kui on saadud selge signaal, et laps kannatab, siis tuleb sekkuda. Olen näinud koolis situatsioone, kus lapse elukeskkond ja tema pere pole see, mis tagaks lapse arengu.

Lastekaitsetöötaja tööle võtmine on kindlasti üks samm selles suunas, et mõjutada sekkuda lapse olukorda õigel ajal, kui lapse kasvutingimused ei ole head või kui teda – mis veelgi hullem – ahistatakse või kui teda on väärtalt koheldud.

Kui palju Teist kui sotsiaalministrist sõltub, mis hakkab sündima?

Eks sotsiaalminister peab oma lugu kordama, kuni ükskord joon alla tõmmatakse. Tuleb kõike kaaluda, ma ei taha öelda ühegi asja kohta, et seda me ei tee. Enamik programme ja kontseptsioone siiski nõuab lisaraha ja valik tulebki teha kindla summa piires. Taotleme läbirääkimistel maksimumi, aga ega kõike niikuinii ei saa, see on selge. Nagu peaminister armastab öelda, peame üle vaatama ka oma sisemised ressursid, äkki on mõned asjad valmis saanud ja mõned tegevused nõuavad vähem raha. Ja siis tulebki ministeeriumis püüda leida koos valdkondade juhtidega kõige mõistlikumad lahendused, et midagi olulist tegemata ei jääks. Ei pea kartma, et nüüd tuli minister teisest erakonnast, teisest koalitsioonist, ja keerab kõik pea peale. Midagi taolist juhtuma ei hakka ja ega ole ka eelmised ministrid midagi sellist teinud. Ajakirjandus armastab skandaale üles puhuda, et nüüd läheb riik pankrotti selle või teise prioriteedi täitmise ja mitte midagi rohkem ei tehta: näiteks tõstetakse pensione, kõik muu aga unustatakse ära. Kaugel sellest. Mina toetan kõiki häid algatusi, mis sotsiaalministeerium on varem kavandanud. Aga alati tuleb ministril kui poliitilisel persoonil teha korrektsioone, kavandatud suundasid kaaluda, see on selge.

Kas soovite midagi lisada, kui mõelda, et pöördute sotsiaaltöö tegijate-hoolekandega tegelejate poole?

Tahaksin rõhutada, et kogu sotsiaalkaitse, olgu see täiskasvanute või lastehoolekanne, töötute probleemid – läheb järjest rohkem üle kohalikule omavalitsusele, mis on kindlasti mõistlik poliitika. Sest ainult kohalik omavalitsus on inimesele küllalt lähedal, et osata hinnata inimese vajadusi ja pakkuda parimaid lahendusi. Selleks on vaja piisavalt paindlikku süsteemi, et individuaalne lähenemine oleks võimalik. Tahaksin üles kutsuda kohalike omavalitsuste sotsiaaltöötajaid ja omavalitsusjuhte, et nad üritaksid jõuda iga inimeseni.

17.05.2005. Küsitles Regina Karjakina

80 aastat riiklikult korraldatud hoolekannet Eestis

17. juunil 1925 võeti Eestis vastu esimene hoolekandeseadus, mis käsitles nii erinevate sihtrühmade vajadusi ja õigusi kui ka erinevate hoolekande institutsioonide tööpõhimõtteid ja kohustusi. Eelkõige aga püüti seadusega luua süsteem hoolekandega seotud ülesannete täitmiseks. Mitmed seaduses sõnastatud põhimõtted väärivad tähelepanu ka tänapäeval.

Jüri Kõre, Ph.D, Tartu Ülikool

Eesti riik sündis Esimese maailmasõja ja kahe revolutsiooni järel Vabadussõja käigus. Pärast sõja lõppu keskendus riik hoolekande valdkonnas Vabadussõjast osavõtnute probleemide lahendamisele (invaliidistunud isikute ja langenute perekondade eest hoolitsemisele). Tsiviiliskikute abistamine jäi varasemast enam ühiskonna madalama tasandi (kogukonna) ülesandeks. Paraku, ei tekitanud maailmasõda ja Vabadussõda abivajajaid mitte ainult seetõttu, et nende ülalpidajad surma või viga oleksid saanud. Tsaari-Venemaa rublade kadumisega kadusid ka inimeste säästud, täpselt niisamuti, nagu juhtus see meie lähiajaloo 1992. a. Ja nii ei jäänud paljudel töövõimetusel muud üle, kui pöörduda abi saamiseks riigi või kogukonna poole.

Hoolekanne vabariigi esimestel aastatel

Eesti hoolekanne tugines 1920ndate alguses suures osas välisabile. 1919. a aprillist kuni 1922. a. lõpuni tegutses Eestis Ameerika Abistamise Ühing (*American Relief Administration*), kes toetas puudustkannatavaid perekondi toidu- ja riideabiga. 1919. a Tallinnas asutatud Eesti Lastekaitse Ühingu tegevus algas samuti Ameerika abi väljajagamisega. Hiljem võttis ühing enda peale kogu vabatahtliku lastekaitsealase töö koordineerimise.

1922. a asutas Ameerika Punane Rist Tallinnas, Tartus ja Narvas arstlikke nõuandlaid ja ambulatooriume. Kõik need asutused anti hiljem üle kohalikele omavalitsustele.

1919. a asutati Tallinna Naisseltsi poolt Tallinnas riigi toetusel emade ja rinnalaste kodu, 1921. a asutati riigi poolt rinnalastekodu Tartus, 1923. a Kuressaares, 1924. a Narvas. Paralleelselt välisabi korras osutatavatele hoolekandele arenes ka kohalik vabatahtlik töö ja riiklik hoolekanne. 1920ndate keskpaigaks jõuti nii kaugele, et riigi, omavalitsuste ja vabatahtlike organisatsioonide hoolekandevalane tegevus nõudis koordineerimist.

Seaduse sünd

28. oktoobril 1924 alustas II Riigikogu 6. istungjärk Hoolekandeseaduse esimest lugemist. Riigikogu liikme K. Einbundi (Eenpalu) hinnangul oli tegemist kõige olulisema seaduseelnõuga, mida nimetatud koosseisu ajal oli arutatud. Seaduseelnõu oli välja töötatud tööerakondlasest ministri Chr. Kaarna juhitud Töö-hoolekandeministeeriumis, ettekande tegi Riigikogus töökaitsekomisjoni esindaja L. Johanson. Emotsionaalsete ja kohati teravate

vaidluste järel, seaduseelnõu nii paremalt kui ka vasakult kritiseerides, jõuti 17. juunil 1925 lõpphääletuseni: 51 poolthääle ja 23 vastuhäälega võeti seadus vastu. Istungi stenogrammi on häältelugemise tulemuste teatavakstegemise järel lisatud sulgudesse märkus “Kiiduavaldused pahemalt poolt”.

Seaduseelnõu kritiseerijad (eelkõige põllumeestekogude esindajad) keskendusid eelkõige kahele aspektile:

1. Seaduse elluviimine pidi nende hinnangul suurendama hoolekande kulutusi ülejõukäivale kahekordsele tasemele.
2. Selle seadusega luuakse tarbetuid struktuure ja piiratakse omavalitsuste vabadust hoolekande korraldamisel.

Seaduse pooldajad tunnistasid, et piltlikult öeldes tehti hüpe Aasiast Euroopasse. Samas oli see radikaalne samm paratamatu, see tehti 1920. a põhiseaduse vaimus. Nimelt deklareeris põhiseaduse paragrahv 25: **”Majandusliku elu korraldamine Eestis peab vastama õigluse põhimõttele, mille sihiks on inimväärilise ülalpidamise kindlustamine sellekohaste seaduste läbi, mis käivad harimiseks maasaamise, eluaseme ja töösaamise, samuti emakaitse, töjõukaitse ning nooruse, vanaduse, töövõimetuse või õnnetuse puhul tarviliku toetuse saamise kohta”**. Kuni 1925. a Hoolekandeseaduse vastuvõtmiseni kehtinud 1866. a vene ühiskondliku hoolekande seadus nägi ette terve rea hoolekandeesutusi (vaestelaste kodud, kasvatusmajad, haigemajad, haigemajad parandamata haigete jaoks, vaimuhaigete majad, vaestemajad, töomajad). Enamus loetletud ja mitmed nimetatama institutsioonid Eestis tegutsesidki, kuid lähtusid sealjuures erisugustest põhimõtetest ja reeglitest. Kuid oma olemuselt oli Tsaari-Venemaa hoolekanne pigem vabatahtlik, samas kui Euroopas arenes kiires tempos riigile või omavalitsustele toetuv kohustuslik hoolekanne.

Hoolekanne 20ndatel

Hoolekandel olevate isikute arv oli 1920ndate alguses Eestis suhteliselt väike. Toetuse saajaid oli 1921. a kokku 30 870, 31 vanade- ja 322 vaestemajas oli kinnisel hoolekandel 4669 eakat, 30 lastekodus 1550 last. Töö-hoolekandeministeeriumi hinnangul oli maal asuvatest seekidest (vaestemajadest) üks kolmandik elamiseks kõlbmatud ja majandamise seisukohast (keskmiselt 9 hoolealust) ebaotstarbekad. Lahtisel hoolekandel oli 13 795 isikut. Abi saajate arv moodustas 1922. a. ainult 2,5% linnaelanike arvust (Helsingis 8%, Stockholmis 7,6%). Vaatamata madalatele toetuse määradele oli hoolekandekulude osa mõne linna eelarves tänasest märgatavalt suurem. Hoolekandekulud jäid vahemikku 1,32% Petseri linnas kuni 21% Tartus.

Hoolekandeseaduses sätestatud põhimõtteid avastatakse tänases Eestis tihti välismaise kogemusega tutvudes või pingeliste ajurünnakute tulemusena. Ometi olid nad juba 80 aastat tagasi hästi tuntud ja elluviimiseks sobilikud.

Hoolekande sisu analüüsidest torkab 1920ndate alguses silma, et 1) abivajajatest moodustasid suure osa lapsed (Petserimaal ja Saaremaal pool); 2) abi vajavaid naisi oli meestest rohkem; 3) abiraha oli väike, 1–2 marka isiku kohta päevas; 4) esines veel selline minevikuhõnguline abi andmise vorm nagu külakorda käimine; 5) erahoolekanne oli taandunud, endised eravarjupaigad jm asutused tegutsesid ainult riigi või omavalitsuste toetusel.

Hoolekande põhimõtted

Esijärjekorras kandsid hoolekande kohustust enne ja jäid kandma ka pärast hoolekandeseaduse vastuvõtmist perekonnaliikmed. Samas kehtestas 1925. a hoolekandeseadus avaliku hoolekande kohustuse ja formuleeris selgelt selle põhimõtted. Lühidalt olid need järgmised:

1. Isiku õigus vajaduse korral hoolekannet saada.
2. Abi andmine tõelisele abivajajale pärast põhjalikku seisukorraga tutvumist.
3. Töövõimelisele isikule abi andmine laenuna, mitte toetusena.
4. Abi andmine eelkõige töö pakkumisena ja kõigi abisaajate töötamiskohustus.
5. Loonuselise e. naturaalabi ja teenuste (ülalpidamise) eelistamine rahalisele abile.
6. Kontroll heategevusseltside töö üle, et abi jõuaks kõige rohkem puudust kannatavate isikuteni.
7. Abi andmine isikule kõige ligema organi ehk omavalitsuse poolt.
8. Abi andmine õigel ajal, erakordse puuduse korral viivitamatult.
9. Abi korraldamine nii, et inimene edaspidi iseseisvalt toime tuleks.
10. Abi määramine kollegiaalse organi poolt, et vältida otsuse subjektiivset mõjutamist.
11. Abi peab olema küllaldane, et hädast välja aidata, kuid samas ikkagi ainult hädapärane.
12. Abi korraldamine ühetaoliselt kogu riigis.
13. Ärahoidva (ennetava) hoolekande põhimõtte rakendamine.
14. Järelevalve abi kasutamise üle.

Neid ja mõningaid teisigi hoolekande põhimõtteid avastatakse tänases Eestis tihti välismaise kogemusega tutvudes või pingeliste ajurünnakute tulemusena. Ometi olid nad juba 80 aastat tagasi hästi tuntud ja elluviimiseks sobilikud.

Seadus oma kokku XIII peatükiga on põhjalik ja detailne, käsitledes nii erinevate sihtrühmade vajadusi ja õigusi kui ka erinevate hoolekande institutsioonide tööpõhimõtteid ja kohustusi. Eelkõige aga püüti seadusega luua senisest selgem süsteem hoolekandega seotud ülesannete täitmiseks.

Hoolekande sihtrühmad

Hoolekande sihtrühmadest rääkides hakkab silma tähelepanu pööramine lastele. Seaduse §1 kohaselt kuulusid esmajoones hoolekande alla: täielikud vaeslapsed; lapsed, kelle isa või ema küll elavad, kuid ei suuda kasvatada oma lapsi; vanematelt ja eestkostjailt seaduslikus korras ära võetud lapsed; mahajäetud ja leitud lapsed; lapsed, kelle vaimset, kehalist või kõlbelist arengut ähvardab oht; puudustkannatavad rasedad ja lapsed imetavad emad; puudustkannatavad raugad ja teised töövõimetud vaesed, kes ei suuda ennast ise ära elatada; puudustkannatavad haiged, vigased, vaimuhaiged, langetõbised; idioodid, pimedad, kurdid ja tummad; loodus- jm õnnetuste tõttu oma elatusvahendid kaotanud isikud; eelpoolnimetatud isikute töövõimetud perekonnaliikmed.

Kui kõigi teiste loetletud rühmade esindajad on tänagi hoolekande tähelepanu all, siis õnnetusjuhtumite, tulekahjude, veeuputuste jm õnnetuste läbi kannatanutele anti 80 aastat tagasi hoopis ulatuslikumat abi. Ette oli nähtud: 1) esialgne abi, 2) ajutine abi, selleks et endale või perekonnale uuesti ülalpidamise teenimise võimalus leida ja 3) pikaajaline laen liikumata varanduse (kinnisvara) kaotanutele. Uus institutsioon, mida varem Eestis ei olnud, oli Inglismaa hoolekande kogemuse põhjal välja pakutud töömaja oma kahe osakonnaga: vabatahtliku ja sunduslikuga.

Rõhuasetus institutsionaalsele hoolekandele

Kuigi seadus pööras suurt tähelepanu nii hoolekande asutustele ja nende arendamisele kui ka abivajajate perekondadesse paigutamisele ja sobilike perekondade valikule, võib tunda eelkõige rõhuasetust institutsionaalse hoolekande arendamisele. Eri institutsioone kokku lugedes saab neid peaaegu kakskümmend: naistenõuandlad; emade- ja rinnalastekodud; lasteaiad; sõimed; lastekodud; varjupaigad, koolkodud, töökodud, ühistöömajad vigastele ja kurikalduvustega lastele; suvekoloniid (laste suvelaagrid); vanadekodud; vigastekodud; vigaste õppetöökodud; ravitsusasutused nõdrameelsetele; varjupaigad nõdrameelsete ja langetõbiste jaoks; töömajad.

Hoolekandeesutuste arendamiseks oli plaanis anda viie aasta jooksul omavalitsustele Tööhoolekandeministeeriumi eelarvest igal aastal toetust 25 miljonit krooni.

Tööhoolekandeministeeriumi juurde pidi nõuandva organina loodama hoolekande nõukogu. Võib arvata, et selle organi tegevus oli tulemuslik, sest hoolekande eeskujul loodi 1927. a Rahva tervishoiu korraldamise seadusega ka tervishoiu nõukogu. Linna-, maakonna-, alevi- ja vallaomavalitsuste ülesanded olid seadusega täpselt määratud. Seadus pani nende õlgadele põhikoormuse teenuste korraldamisel ja rahastamisel, v.a riigi rahastatavad teenused. Maakonna- ja vallaomavalitsused pidid olema need, kes asutavad lastekodusid ja vanadekodusid. Riigi kohustuseks oli niisiis erihoolekande rahastamine: lastehoolekande asutuste, nõdrameelsete ja langetõbiste varjupaikade, raviasutuste jm asutuste ja töömajade ülalpidamine.

Seadusega seatud sihid

Lõpetuseks sellest, mida loodeti viie aastaga, mis oli planeeritud seaduse elluviimiseks, korda saata.

- Rinnalaste kodude kohtade vajadus oli hinnanguliselt kaetud kolmveerandi ulatuses (200 lapsele). Plaanitseti uut 50-kohalist kodu Narvas ja Tallinna kodu suurendamist 30 koha võrra.
- Emade nõuandlate võrk hinnati võrdlemisi heaks, kuid plaanitseti 20 uue punkti sisseadmist.
- Lasteaia- ja -sõimekohtade puudus oli hinnanguliselt suur, seetõttu kohustas seadus suuremaid ettevõtteid neid asutusi avama. Peeti vajalikuks 20 uue lasteasutuse avamist.
- Tavalastekodude arv (27 tegutsevat ja 6 asutamisejärgul) oli piisav, vajalikuks peeti mõnevõrra suurendada puuetega lastele mõeldud asutusi.
- Ilmselt oli suurim puudus vanadekodude järele, hinnanguliselt vajati 20 uut vähemalt 70 kohalist hooldekodu.
- Töömajade optimaalseks arvuks pakuti 10. Tegelikult oli 1940. a juunipöördeks asutatud ainult üks, Kopli töömaja.
- Kinnisel hoolekandel olevate isikute arvu kasvu kõrval nähti ette lahtise hoolekande saajate arvu vähenemist 18,5 tuhandelt 17 tuhandele. Sellest arvust umbes kolmandik vajas hinnanguliselt täielikku, ülejäänud kaks kolmandikku osalist ülalpidamist.

Viidatud allikad

II Riigikogu 6. istungijärgu protokollid. 1924

II Riigikogu 7. istungijärgu protokollid. 1925

Hoolekande seadus. RT 1925, 120/121



Pildipank

Kohalik kogukond kui kogukonna sotsiaaltöö tegevusväli

Põhjamaade kogukonnatööst Soome kogukonna sotsiaaltöö vaatenurgast

Kogukonna sotsiaaltöö põhimõteteks on sotsiaalprobleemide ennetamine, elukoha lähiehitamine, kodanikualgatuse toetamine ja sotsiaalvõrgustike olulisuse tunnistamine. Rakendades kogukonnas leiduvaid võimalusi, püütakse edendada nii üksikisikute, perekondade kui elanike rühmade toimetulekuoskusi ja heaolu. Peamine eesmärk on mõjutada kohalike elanike elutingimusi, toetada nende osalust olulistest võrgustikes ning võimaldada neil jõustamise kaudu muutuda aktiivseteks kodanikeks. Põhjamaade kogukonnatööd on mõjutanud Suurbritannia samasisuline tegevus, kus tähelepanu keskmes on linnakogukonnad, linnade elamupiirkonnad. Toetudes Rootsi kogemustele, hakati ka Soomes 1970ndate lõpus kogukonnatööd jõuliselt arendama; 1980ndate keskpaigaks oli see tugevalt kanda kinnitanud. Osa kogukonnatööst tehakse piirkonnapõhiselt, see hõlmab struktuurset sotsiaaltööd ning sotsiaalplaneerimist ja on 1990ndatel olnud aluseks ökosotsiaalsele sotsiaaltööle, piirkondlikule kogukonna sotsiaaltööle ning erinevatele elamupiirkondade arenguprojektidele. Tulevikus tahetakse arendada kogukonnatööd peale linnade ka maakohdades.

Irene Roivanen,
Tampere Ülikooli sotsiaaltöö professor
irene.roivinen@uta.fi

Põhjamaade kogukonnatöö taust

Väidetakse, et Põhjamaade kogukonnatöö eelkäijaks on inglise mõjuga asundused, mille Gunnell ja Harald Swedner rootsi keelde tõlgituna nimetasid *hemgård* iks. Nende asunduste kogukondlikkusele oli iseloomulik naabusõnna filosoofia, mille tähtsaimad põhimõtted

on töötajate isiklik kontakt kohalike elanikega ning püüid luua sidemeid erinevate sotsiaalsete rühmade vahel (vt nt Soydan 1993). Lisaks sellele on kogukonnatöö kujunemise jaoks olulisteks allikateks peetud 19. sajandi lõpu ja 20. sajandi alguse liikumisi ning organisatsioone – karskusliikumist, ühistegevuse liikumist, varast feministlikku liikumist, noorteühendusi ja ametiühinguid. Nende liikumiste kogukondlikkusele on olnud iseloomulik võrdsus, eneseharimine ja kollektiivne organiseeritus. (vt Lindholm 1995, 21; Ronnby 1995, 162–167).

Asunduste ja liikumiste pärand ei olnud siiski 1960ndate lõpus ja 1970ndate alguses Põhjamaade kogukonnatöö hoogsa edenemise põhjuseks, selleks oli hoopis välismaine – Suurbritannia ja Hollandi – eeskuju. Euroopa arengutendentsid mõjutasid Põhjamaade sotsiaaltööd ning pakkusid kogukonnatööd kui struktuurset ehk ühiskonnakeskset alternatiivi individikesksele lähenemisele. Freire'i¹ sotsiaalpedagoogikale iseloomulik tegevusuuringule keskendumine ja tõlgendamine rõhutas kõikehõlmavust ning rohujuuresandasi seisukohti. Põhjamaade kogukonnatöö silmapaistvad tegelased olid rootslased Harald ja Gunnel Swedner, Kerstin Lindholm ning taanlane Ole Hermansen. Vaatamata radikaalsetele lähtealustele järgiti kogukonnatöö rakendamisel tegelikult ametlikku sotsiaalpoliitikat ning suhtuti kogukonnatöösse kui ühte võimalikku professionaalse sotsiaaltöö meetodisse. (vt Koskinen 2003, 217–218; Lindholm 1995; 20–34; Wahlberg 1995, 35–47).

Mis puutub Soomesse, siis ei tekkinud siin kogukonnapõhise sotsiaaltöö kontseptsiooni enne kui alles 1990ndate lõpus. Seesuguse põhimõttelise muutuse taustaks oli 1990ndate alguse majanduslangus ja sellega seotud kogukonnastrateegiate rakendamine. Sellega kaasnes kolmanda sektori esilekerkimine avaliku sektori täienduse ja partnerina. Selle kontseptsiooni uudsus avaldub ka selles, et Soome Asunduste Liit võttis termini *kogukonnatöö* kasutusele arendusprojekti “Uus kogukonnatöö 1998–2000” (vt Roivainen 2001).

Käesolevas artiklis käsitlen Põhjamaade kogukonnasotsiaaltöö arengu pikka ajalugu üldistatavalt. Alustan traditsioonilisest kogukonnatööst, mida rakendati kaasaegsetes heoluriikides 1960ndatel ja 1970ndatel, seejärel käsitlen kogukonnatöö jagunemist erinevateks harudeks 1980ndatel ja lõpuks vaatlen postmodernse ühiskonna kogukondlikke strateegiaid 1990ndatel (vt Roivainen 2002). Tõlgendus lähtub Soome sotsiaaltöö kontekstist. Lähemal ajal ilmub Põhjamaade kogukonnatöö arengust doktoriväitekiri, milles Päivi Turunen analüüsib üksikasjalikult kogukonnatöö riiklike arengusuundi ja selle eritunnuseid.

Põhjamaade kogukonnatöö – tegutsemine kohalikus kogukonnas

Põhjamaades on *kogukonnatööl* omad terminoloogilised vasted, nagu soome *yhdyskuntatyö*, kus kogukonna alla mõeldakse eelkõige kohalikku kogukonda – rootsi *lokalsamhälle*, norra *samfunn*, soome *yhdyskunta* (Ronnby 1995, 86–97). Premodernses ühiskonnas oli kohalikul kogukonnal keskne koht, eriti maakohtades. Linnades on kogukondlikkuse teke olnud seotud eelkõige töökoha ning professionaalse kuuluvusega, mitte niivõrd elukohaga (nt Jaakkola 1991, 19–21). Sellele vaatamata moodustasid just elamupiirkonnad selle aluse, millele rajati Põhjamaade kogukonnatöö 1970ndatele iseloomulikes majandusliku ja industriaalse elu muutuste ning sellega kaasneva linnastumise ja migratsiooni tingimustes. Kogukonnatöö oli suunatud eelkõige suurte korterelamutega elamupiirkondadele, kuhu inimesed migreerusid.

Kohaliku kogukonna areng suurelamupiirkonnas lähtus kahest arusaamast. Üks lähtepunkt oli, et veel lõpuni ehitamata eeslinnades puudub kogukond üldse, sest neil polnud ei maa-kohale ega linnale omaseid tunnuseid. Kategooriline arvamus, et nendes anomaalsetes elamupiirkondades on inimestel kodukoha juured rasked tekkima, oli 1970ndate Põhjamaade elamupiirkondade kriitikas valdav ning kujundas nendele piirkondadele negatiivse maine, mida võib väljendada kahe sõnaga: *passiivsus* ja *isolatsioon*. Eeslinnade steriilsus ja isoleeritus linnastruktuuris ei tundunud toetavat ajastu kesksete ideaalide – aktiiv-

¹ Paulo Freire (1921–1997), radikaalse täiskasvanupedagoogika arendaja Brasiiliast. Toim

suse ja kogukondlikkuse – elluviimist. (Franzén & Standstedt 1981, 23–30). Teine lähtepunkt rõhutas suurelamupiirkondadesse elama asunute arvatavaid erivajadusi ja probleeme, mida kardeti sugenevat kultuurilistest ja elustiili erinevustest. Juurte puudumine, narkootikumide tarvitamine, peretülid, pinged noortekampade vahel olid need probleemid, millega sotsiaaltöö enamasti kokku puutus, ning nüüd loodeti, et sekkumine kogukonnatöö kaudu on vastus nendele probleemidele (vt Ronnby 1995, 170–171). Immigrantidesse puutuv oli üsna tavaliseks probleemiks Rootsisis. Soomes tunti muret eeskätt maainimeste pärast, kes olid kaotanud oma juured. (Roivainen 1999 ja 2004).

Vaidlused linnaplaneerimise ja kogukonnatöö üle tõid esile soovi muuta elamupiirkonnad *elavateks kogukondadeks* (nt Sipilä 1979, vt Kortteinen 1982a&b), millel pidi olema oma sotsiaalvõrgustik ning mis pidi soodustama kogukonnatunde tekkimist nii üksikisikutel kui peredel. Eeldati, et sõnad *kogukondlikkus* ja *naabruskond* tähendavad *heaolu* ja *sõbralikkust* ja et hoov on nende mõistete füüsiline kehastus. Sotsiaalse suhtlemise normatiivne sidumine naabrusuhetega oli aga linnakogukonnale ja linna elustiilile võõras. Ei pööratud erilist tähelepanu ka faktile, et naabruskonna ideaalid ja kombesid pärinesid alalistest ja paikkondlikest premodernsetest kogukondadest – talupojakogukondadest, endistest tööliklassi elamupiirkondadest või keskaegsetest linnadest (*ibid.*; vt ka Daun 1974; Roivainen 1999). Siiski püüdsid mõned uurijad, nagu rootslane Åke Daun (1974) ja soomlane Matti Kortteinen (1982a&b) esitada ka teistsuguseid vaatenurki eeslinnadele ja nende elanikele. Naabruskonnatööst (rootsi *grannskapsarbete*) sai sotsiaaltöötajate jaoks professionaalne ja ametlikult tunnustatud töömeetod ning strateegia naabruskonna ja kogukonna arendamiseks. Kogukonna arengu mudelil põhineva tegevuse eesmärk oli aktiveerida elutingimuste parandamiseks elanike eneseabitegevust ja vastastikust toetamist rohujuuretasandil. Olles oma demograafilise struktuuri poolest suhteliselt homogeensed, pakkusid elamupiirkonnad selleks tööpoolest võimalusi (vt Ronnby 1995, 185–189).

Kogukonnatöö kui heaolupoliitika strateegia

Põhjamaades on kogukonnatöö olnud üks heaoluriigi sekkumistaktikatest kohaliku kogukonna tasandil. Kogukonnatöö elluvijateks on olnud hoolekandetöötajad, sotsiaaltöötajad ja noorsootöötajad. Peale *naabruskonnatöö* kasutati rootsi keeles kogukonnatöö kohta ka terminit *samhällsarbete – ühiskonnatöö*. Oli neid, kes arvasid, et mõttetu on rääkida naabruskonnatööst kui kogukonnatöö ühest vormist, kui ei võeta arvesse ühiskonnakriitilist dimensiooni ega püüta muuta ühiskondlikke tingimusi laiemalt. Põhjamaade kontekstis sai kogukonnatööst ühiskonnatöö selles mõttes, et sotsiaaltöö ühe ametliku meetodina kujutas see endast ühiskonna sekkumist kohaliku kogukonna tasandil. Erinevalt üldisest sotsiaaltööst peeti kogukonnatööd otsekui “heaoluriigi riistvaraks” (Karisto 1997, 133), mille abil saab mõjutada inimeste probleeme ja kohalike institutsioonide vastastikust seost. Eesmärk oli ennetada sotsiaalprobleeme elamupiirkondades ja pakkuda “normaalseid” sotsiaalteenuseid elukoha lähimbruses, kohandades neid elanike vajadustele. Struktuuriliselt ja ühiskonnakriitiliselt kogukonnatööst annab tunnistust püüd luua suhteid võimuesindajate, otsustajate ja elanike vahel. Sel juhul oli sotsiaaltöö eesmärk mitte oludega kohanemine, vaid muutuste saavutamine. 1980ndatel hakati juba rääkima struktuurilisest sotsiaaltööst kui omavalitsuste sotsiaalpoliitika ühest osast (vt Koskinen 1977; Satka 1994, 326–327; Satka 1995; Ronnby 1995, 185–198).

Koos naabruskonnatööga sai kogukonnatööst üks planeerimis- ja administreerimistegevusi ning koostöövõimalusi kohalike asutustega. Kohalike probleemide kaardistamine, hoolekandeteenuste tugevdamine ja infoliikumise parandamine nõudsid kogukonnatöötajatelt koostööd erinevate partneritega, kelleks olid tihti mitmesugused avaliku sektori institutsioonid. See lähenemine, mida tuntakse kogukonnakorralduse nime all (rootsi *organisationarbete*), suurendas veelgi rohkem ekspert- ja professionaalse lähenemise osatähtsust ning tugevdas asutustevahelist koostööd. Kogukonnatööst sai ka osa sotsiaalplaneerimisest

(rootsi *social planering*), mida viis ellu avalik sektor, kaardistades sotsiaalsed probleemid ning rakendades kogukondlikku sekkumist näiteks sõltuvusainete tarvitamise, elamuprobleemide ja vaimse tervise probleemide ennetamise puhul. “Süsteemi” sees oli kogukonnatöötaja oma ala ekspert, kelle ülesanne oli aidata kodanikel kaitsta oma huve kogukonna planeerimisel ja sotsiaalteenuste korraldamisel. (vt Hermansen 1975).

Arvamused selle kohta, milline oli kogukonnatöö suhe ühelt poolt elanike ja kodanikuühiskonnaga ning teiselt poolt süsteemi ja võimuesindajatega, peegeldavad ajastule omast kalduvust käsitleda erinevaid strateegiaid dualistlike vastandite kaudu. Kogukonna arendamisega ja korraldusega seotud tegevusi ning planeerimise ja otsustamise mõjutamist (sotsiaalne planeerimine) peeti üldiselt konsensusel baseeruvaks mõjutamiseks ning sotsiaalse administreerimise ametnikekeskse strateegia osaks. Sellele vastanduv konfliktne seisukoht, mis näeb ette kogukonnas survegruppide moodustumist aktsioonide läbi viimiseks, jäeti ametlikust kogukonnatööst välja. Radikaalne kogukonnatöö tõlgendus rõhutas vajadust astuda välja ebavõrdsuse all kannatavate ning vaeste inimeste huvide eest ja kasutas võimalust võtta kriitiline seisukoht ning vastanduda võimalolijatele – ning võib-olla ka nn ametlikule kogukonnatööle. (Hermansen 1975; Ronnby 1995, 73–74; Koskinen 2003, 221).

Kogukonnatöö teisendid

On väidetud, et Põhjamaades hakkas huvi kogukonnatöö vastu vähenema 1980ndatel, kui sotsiaaltöötajate seas suurenes huvi psühhosotsiaalse nõustamise ja psühhoteraapia vastu (Lindholm 1995, 32). Võib arvata ka, et kogukonnatöö kui sotsiaaltöö meetod muutus ametlikuks, bürokraatlikuks ja sulandus nii sotsiaaltöö kohalikesse strateegiatesse kui valla- ja linnaplaneerimisse (Koskinen 2003, 221; Roivainen 2002, 224). Alternatiivse elustiili ning keskkonnaliikumiste tekkimise tulemusena on tähelepanu pöördunud väikestelt kohalike kogukondadelt üldisele elukeskkonnale ja nii on sotsiaalküsimustest saanud ökosotsiaalsed. Mõju avaldamist poliitilise ning üksikisiku tegevuse kaudu ei mõisteta enam kui teineteist välistavaid vastandeid, vaid kui paralleelseid tegutsemisviise. Näiteks püüab ökosotsiaalne sotsiaaltöö avaldada mõju ühiskonna ökoloogilistele struktuuridele ja keskkonnafaktoritele nii sotsiaalpoliitiliste lahenduste leidmise kui ka individuaalse elupoliitika valikute kaudu. (vt nt Matthies 1990; Matthies *et al* 2001).

Näiteks oli 1980ndate alguses piirkondliku sotsiaaltöö (rootsi *områdetsarbete*) eesmärk pakkuda kõige tavalisemaid omavalitsuse sotsiaal- ja tervishoiuteenuseid piirkonna eripära arvestavate teenustena. Väikeste kohalike üksuste moodustamisega kohandati ametiasutuste ülesehitus ja ametnike ülesanded konkreetsele piirkonnale. Lisaks sellele kavatseti hakata korraldama piirkondlikul põhimõttel valitavate ametnike tööd. Eesmärk oli maksimaalselt ära kasutada neid meetmeid sotsiaal- ja tervishoiuteenuste vahelises koostöös. See viis seadusemuudatusteni, mis võimaldasid teenuste integreeritud regionaalset korraldust. (Kuikka 1988, 36).

Detsentraliseerimisega oli seotud ka töömeetodite arendamine, mis paremini arvestaksid kliendi, tema perekonna ja piirkonna probleeme (*ibid*, 36). Arvati, et teenuste kättesaadavus paraneb, kui tuua teenused elanikele ja klientidele füüsiliselt lähemale ning neid reklaamida. Arvati, et nii õpivad ka töötajad oma piirkonda paremini tundma ning on seega võimelised tegema oma tööd otstarbekamalt kui sektoripõhise töökorralduse korral. Üksikklientidele ja peredele pakutaks seega võimalust saada abi oma erinevatele probleemidele ühe ja sama töötaja juurest. Niisuguse töökorralduse puhul oleks sotsiaaltöötaja ekspert paljudes küsimustes ning teiste piirkonna töötajate jaoks nõustaja ja juhendaja. (Kuikka 1988, 36; Koskinen 2003, 221–221).

Vähemalt detsentraliseerimise katsetamise faasis suurenes nõudlus teenuste järele süsteemi ülevaatlikkuse, läheduse ning kättesaadavuse tõttu. Klientide kogemused teenuste kasutamisest olid positiivsed: piirkondlike keskuste teenindust peeti paremaks ning sotsiaalteenuste kättesaadavuse lävi oli varasemast madalam. Töötajad näisid omavat paremat ette-

valmistust, et klientide probleeme igakülgsest käsitleda ning pakkuda mitmesugust abi. Samas peeti seesugust tööviisi raskeks nõudlikumate tööülesannete ning pikema tööaja tõttu. (Kuikka 1988, 36–37).

Piirkondliku eksperimendi järel pöördusid mitmed vallad siiski tagasi tsentraliseeritud ja spetsialiseeritud töökorralduse juurde. Järeluuringud on näidanud, et sotsiaalteenuste regionaliseerimisel on traditsioonilise lähenemise ees eeliseid töökorralduse ja meetodika seisukohast. Mis puutub aga kliendi ja teenuste kasutaja sõnaõiguse rakendamisse, on regionaliseerimise tulemused vähem selged (vt Niemelä & Salo 1993, 56–57).

Järgneb

Viidatud allikad

- Soydan, H.** (1993). *Det sociala arbetets idehistoria*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindholm, K.** (1995). Så började det! In: Kenneth Sundh & Päivi Turunen (Eds.) *Social Mobilisering. Om samhällsarbete i Sverige*. Stockholm: Publica, 20–34.
- Ronby, A.** (1995). *Mobilizing Local Community*. Avebury: Aldershot and Brookfield.
- Koskinen, S.** (2003). Suomalaisen yhteisösozialiteetin kehitys ja nykysuuntaukset. In: Merja Laitinen & Anneli Pohjola (Eds.): *Sosiaalisen vaihtuvan vastuut*. PS-kustannus, Jyväskylä, pp. 206–236.
- Wahlberg, S.** (1995). Pionjärprojekt: 70-talserfarenheter. In Kenneth Sundh & Päivi Turunen (Eds.) *Social Mobilisering. Om samhällsarbete i Sverige*. Stockholm: Publica, 35–47.
- Roivainen, I.** (1991). Settlementityö sosiaalisen työn toteuttajana. In: Irene Roivainen (Ed.) *Yhteisöt hyvinvoinnin tuottajina. Uusi Yhteistyö-projektin loppuraportti*. Kolmen settlementin kokemuksia. Helsinki: Settlementijulkaisuja, 9–20.
- Roivainen, I.** (Ed.) (2001). *Yhteisöt Hyvinvoinnin tuottajina. Uusi Yhteistyö-projektin loppuraportti*. Kolmen settlementin kokemuksia. Helsinki: Settlementijulkaisuja 10.
- Roivainen, I.** (2002). Marginaalisuus ja sosiaalityö yhteisöissä. In: Kirsi Juhila, Hannele Forsberg ja Irene Roivainen (Eds.): *Marginaalit ja sosiaalityö*. Jyväskylä: SoPhi, 217–232.
- Jaakkola, J.** (1991). Yhteisöavusta vapaaehtoistyöhön. Epävirallinen apu suomalaisen sosiaaliturvan kehityksessä. In: Aila-Leena Matthies (Ed.) *Valtion varjossa. Katsaus epävirallisen sektorin tutkimukseen*. Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto, 8–28.
- Franzen, M. & Sandstedt, E.** (1981). *Grannskap och stadsplanering. Om stat och byggande i efterkrigstidens Sverige*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis. *Studia Sociologica Upsaliensia* 17.
- Roivainen, I.** (1999). Sokeripala metsän keskellä. Lähiö sanomalehden konstruktiona. Helsingin kaupungin tietokeskus, tutkimuksia 1999:2.
- Roivainen, I.** (2004). Förort i pressen. Om den finländska förortsdiskussionen. In: Helena Blomberg & Kristian Kroll & Tommy Lundström & Hans Swärd (Eds.): *Sociala problem och socialpolitik i massmedier*. Studentlitteratur, Lund, 195–221.
- Sipilä, J.** (1979). Sosiaalisten ongelmien synty ja lievittäminen. Tammi: Helsinki.
- Kortteinen, M.** (1982a). Lähiö. Tutkimus elämäntapojen muutoksesta. Helsinki: Otava.
- Kortteinen, M.** (1982b). sosiaalityö ja yhteisöstrategia. Yhteiskuntasuunnittelu 1.
- Daun, Å.** (1974). Förortsliv. En etnologisk studie av kulturellförändring. Stockholm: Bokförlaget Prisma.
- Karisto, A.** (1997). Kaupunkisossiaalityö tulee. In: Riitta Viialainen & Maisa Maaniittu (Eds.) "Tehdä itsensa tarpeettomaksi?" Sosiaalityö 1990-luvulla. *Stakes, raportteja* 213, 129–143.
- Koskinen, S.** (1997). Yhdyskuntatyö sosiaali- ja terveydenhuollon menetelmänä vaikuttaa ihmisen elämään ja ympäristöön. In: Yhdyskuntatyö yhteistoiminnan, suunnittelun jyvaiuttamisen välineenä. *Mannerheimin Lastensuojeluliiton julkaisuja*., Lapsiraportti A24 pp.78–86
- Satka, M.** (1994). Sosiaalinen työ peräänkatsojamiehestä hoivayrittäjäksi. In: Joukko Jaakkola, Panu Pulma, Mirja Satka & Kyösti Urponen (Eds.) *Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva*. Suomalaisen sosiaalisen turvan historia. Helsinki: Sosiaaliturvan Keskusliitto, 261–339.
- Satka, M.** (1995). Making Social Citizenship. Conceptual Practices from the Finnish Poor Law to professional social work. SoPhi, University of Jyväskylä.
- Hermansen, Ole F.** (1975). *Socialt arbete i närsamhället. En introduction*. Wahlström & Wikstrand. Lund.
- Matthies, A.-L.** (1990). Kapinasta muutoksen malliksi. Vaihtoehtoinen sosiaalityö Suomessa. Helsinki: Hanki ja Jää.
- Matthies, A.-L. & Närhi, K. & Ward, D.** (Eds.) (2001). *The Eco-Social Approach in Social Work*. University of Jyväskylä: SoPhi.
- Kuikka, R.** (1988). Sosiaali- ja terveyspalvelujen alueellistamiskokeilun merkitys. *Sosiaalinen Aikakauskirja* 82:3, 28–34.
- Niemelä, P. & Salo, R.** (1993). *Palveluorganisaation alueellistaminen kunnassa. Seurantatutkimus jyvaskylän sosiaalitoimen alueellistaminen*. Kuopio, Kuopion yliopiston julkaisuja E. yhteiskuntatieteet 6.

*Ajakirjast Nordisk Sosialt Arbeid nr3/2004 vol 24, lk 194-207
tölkinnud Inga Mölder*

Hooldekodust kogukonda

Psüühilise erivajadusega inimestele suunatud kogukonnapõhise projekti tulemuste ja mõju hindamine

Katti Lainoja

sotsiaaltöö magister, Põlva Maavalitsus

Artiklis tutvustan oma magistritööd “Psüühilise erivajadusega inimestele suunatud projekti hindamine. Põlvamaa 1997–2000”, kaitstud 2004. a detsembris Tartu Ülikoolis.

Töö eesmärgiks oli aastatel 1997-2000 läbi viidud projekti “Isiksusekeskse vaimse tervise süsteemi kujundamine Põlva maakonnas” kogemuse analüüsimine. Kuna olin nii projekti käivitamise initsiaator kui ka tihedalt seotud projekti elluviimisega, soovisin tagasisidet tehtud tööst: tahtsin välja selgitada, kas mil määral projekt õnnestus; uurida nii projektis planeeritud kui planeerimata tegevusi ja nende tegelikke tulemusi.

Projekti õnnestumise hindamiseks – projekti tulemuste ning mõju väljaselgitamiseks:

1. Analüüsisin 2003. aastaks Põlvas saavutatut Eesti hoolekandereformi taustal, kasutades aruandeid, õigusakte ja juhendmaterjale.
2. Kuna iga otsus võib endaga kaasa tuua muutusi inimese elus, tuleb mõju analüüsi käsitleda kui protsessi. Seetõttu analüüsisin projekti sisemist dünaamikat kasutades uurimismetodina projekti dokumentide analüüsi Ronnby (1992) *mobiliseerimisprotsessi 13 sammu mudeli* alusel.
3. Et mõju hindamine tähendab mõõta projekti tulemusena toimunud muutusi, mis väljenduvad mõtlemisviisis, selgitasin välja ja analüüsisin erinevate huvigruppide hinnanguid projektile. Selleks intervjuueerisin otsustajaid, projekti elluviijaid ja teenuste osutajaid.

Intervjuueeritavate valimisse kuulusid projekti käiku ja otsuseid mõjutanud huvigruppide esindajad, kellel ka 2003. a oli tööülesannete tõttu kokkupuuteid psüühilise erivajadusega inimestega: 3 kohalikku otsustajat (vallavanem, volikogu esimees ja sotsiaalkomisjoni esimees); 3 projekti elluviijat (projektijuht, 2 projekti nõukogu liiget); 3 teenuste osutajat.

Psüühilise erivajadusega inimestele suunatud projekt

1996. aastal oli Põlva maakonnas psüühilise erivajadusega inimestele mõeldud ainsaks hoolekandeteenuseks ööpäevaringne hooldamine Erastvere hooldekodus. Selleks et realselt toimiksid inimõigused, peab rõhuasetuse üle kandma hooldamiselt inimese osalemisele kõikides tema elu puudutavates protsessides. Seega tulenes alternatiivsete teenuste arendamise vajadus toetavate teenuste puudumisest, hooldekodu viletsast olukorrast ja vajadusest tagada inimõigused psüühilise erivajadusega inimestele. Oma kolmekümne aastaga kogunenud kogemusi institutsiooniväliste teenuste väljaarendamisel olid valmis jagama Rootsi sõprusmaakonna esindajad.

Projekt “Isiksusekeskse vaimse tervise süsteemi kujundamine Põlva maakonnas” käivitus 1997. aasta novembris. Projekti (1997-2000) eesmärk oli luua inimest väärtustava ja psüühilise erivajadusega inimeste vajadustest lähtuva kogukonnapõhise toetussüsteemi mudel ning selle kaudu suurendada psüühilise erivajadusega inimeste iseseisvat toimetulekut.

Projektis kavandatud tegevused olid:

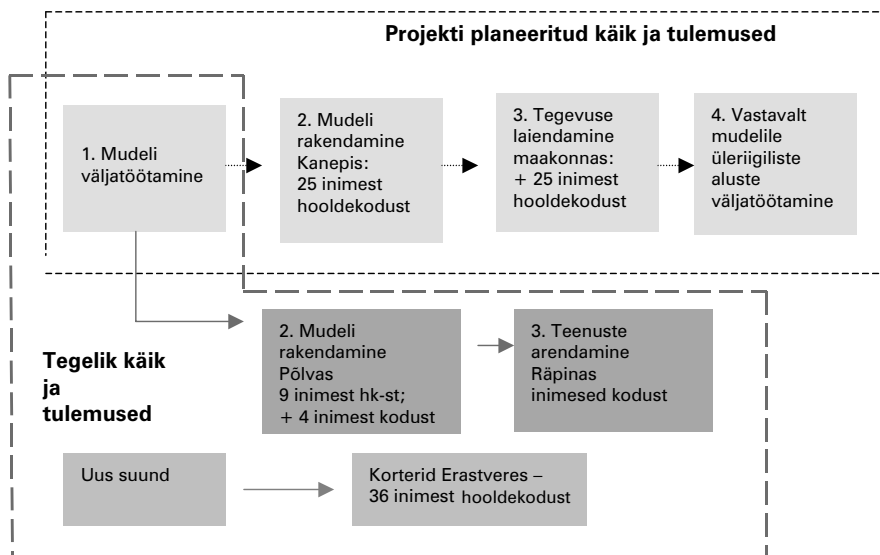
- andmepanga moodustamine ja uuring kodudes elavate psüühikahäiretega inimeste olukorrast
- hoolduspersonali koolitus loodava süsteemi tarbeks

- psüühika häiretega inimestele päevase mõtestatud tegevuse korraldamine
- eluasemeteenuste arendamine eelkõige Erastvere hooldekodust väljatoodavatele inimestele – 25 inimesele Kanepi vallas ja 25 inimesele mujalt Põlva maakonnast
- rahva teadlikkuse tõstmine ja ühiskondliku arvamuse kujundamine

Projekti tulemused ja nende rakendamisel saadud kogemused pidid olema sotsiaalministeeriumile aluseks uute lähtekohtade väljatöötamiseks erihoolduse vallas.

Projekti käik

Kavandatuga võrreldes tehti projekti elluviimisel suuri muudatusi: mudel rakendati Kanepi asemel Põlva linnas, projekt rakendus tunduvalt väiksemas mahus; tekkis uus, kavandamata suund – rajati korterid hooldekodu vahetusse lähedusse (vt joonis 1).



Joonis 1. Projekti eesmärgid ja tegelikud tulemused

Alljärgnevalt peatun projekti eri etappidel – katsel integreerida endisi hooldekodu elanikke kogukonda Kanepi vallas, projekti käivitamisel Põlva linnas ja toetatud elamise teenuse osutamisel Erastvere hooldekodu territooriumil ning tutvustan järeldusi, mida tegin oma uurimuse põhjal. Eraldi käsitlen projekti nõukogu tegevust, kes koordineeris projekti elluviimist.

Kanepi rahvas ja kohalik võim. Projekt nägi ette eluasemeteenuste arendamist Kanepi vallas 25-le hooldekodus elanud psüühikahäirega inimesele. Projekti nõukogu eeldas, et Kanepi alevi elanikud on harjunud hooldekodu ja selle elanikega ning tegevuste käivitamine Kanepis ei tekita probleeme. Seetõttu ei olnud nõukogu ette valmistanud ka erinevatele huvigruppidele suunatud strateegiat. Nõukogu eeldus ei vastanud aga tegelikkusele. 800 elanikuga Kanepi alevis koguti 280 allkirja projekti rakendamise vastu. Eriti aktiivselt tegeles vastuseisu organiseerimisega vallavolikogusse kuulunud kohalik kirikuõpetaja, kes väljendas suhtumist hooldekodu elanikesse järgmiste sõnadega: *“Tegelikult armastavad kõik Kanepi elanikud neid ja on seda teinud juba 70 aastat, aga me armastame neid seal Erastvere pargis.”* Tollased Kanepi kohalikud otsustajad, kes rääkisid küll inimese põhiõigustest ja armastu-

sest Erastvere elanike vastu, otsustasid siiski neid enda keskele elama mitte lubada. Volikogu põhjendas oma seisukohta väitega, et *Eesti ühiskond ei ole valmis neid inimesi vastu võtma*. Sarnaselt Kanepi alevi rahvaga tundsid ka kohaliku võimu esindajad ise hirmu “teistsuguste” inimestega (*totud*) võimalike probleemide tekkimise ees. Ka pelgasid kohalikud otsustajad projekti elluviijate liiga jõulist asjale lähenemist ja juba valmis “võõra” ning suure *euroasjaga* Kanepisse tulemist. Lõpliku otsuse vastuvõtmisel – projekti Kanepi valla territooriumil mitte käivitada – volikogu isegi ei hääletanud, vaid põhjendas oma seisukohta valijate huvide kaitsmisega (!).

Kohalikud otsustajad olid seisukohal, et hooldekodus elavad inimesed ei ole valla elanikud nii projekti käivitamise ajal, 1998. aastal, kui ka kuus aastat hiljem – 2004. aastal. Vaatamata ca 200 inimeselt omavalitsuse tulubaasi laekuvast pearahast ei tunne kohalikud otsustajad kohustust ja vajadust alternatiivsete teenuste arendamiseks alevis.

Kindel on see, et kui Kanepi valla elanikud oleks nõustunud projekti ellu viima, oleks vald saanud endale pioneeri staatuse kogu Eesti ulatuses. Olgu hirmude põhjuseks vähesed teadmised ja sellest tulenevad fantaasiad või soov kaitsta ennast ja oma lähedasi võimalike probleemide eest, ilmnesis suhtumises psüühilise probleemiga inimestesse Kanepi elanike ja kohaliku võimu esindajate põhiväärtused ja hoiakud. Hoolekanne aga eksisteerib konkreetses ajas ja keskkonnas just sellisena, millisena ühiskond seda soovib näha.

Projekti käivitamine Põlva linnas. Kui Kanepi valla volikogu ja elanike vastasseisu tõttu kandus projekti tegevus Põlva linna, siis Põlva kohalik võim (eelkõige linnaapea isikus) suhtus projekti positiivselt ning kokkulepped saavutati kergesti. Põlvas tegelesid koostööpartnerite leidmise ja läbirääkimistega projekti meeskonna need liikmed, kes olid huvitatud kogukonnapõhiste teenuste arendamisest. Meeskond oli ühtne, paremini ettevalmistatud ning ka oma strateegiat muutnud. Põlvas loobuti üldsuse laialdasest teavitamisest – teavitati ainult võtmeisikuid ja majaelanikke. Kuigi osa Põlva linnavalitsuse ametnike ja päevakeskust külastanud eakate inimeste poolt oli tunda tõrjuvat suhtumist psüühikahäiretega inimestesse, ei leidnud see suuremat toetuspinda. Uute teenuste väljaarendamise edu tugines koolitusel omandatud teadmistele, teenuste arendamises osalenud spetsialistide koostöövalmidusele ja entusiasmile, teenuseid osutava meeskonna usule õnnestumisse, ja teenuse tarbijate tugevale toetusele. Projekti tulemusena asus Põlvas kogukonda elama kokku 13 psüühilise erivajadusega inimest, neist 9 endist hooldekodu elanikku ja 4 varem kodus koos oma vanematega elanud inimest.

Uus suund projektis. Korterite rajamine Erastvere hooldekodu vahetusse lähedusse parandab küll hooldekodu elanike olme- ja töötingimusi, kuid ei soodustanud inimeste iseseisva toimetuleku ja vastutuse arengut ning ühiskonda integreerumist. Nii kohalike otsustajate kui alevi elanike jaoks on hooldekodu lähedal korterites elavad inimesed ikkagi hooldekodu asukad, kes ei kuulu Kanepi kogukonda. Järelkult ei ole käesoleval juhul tegemist projekti eesmärgiks seatud kogukonnapõhise teenustesüsteemi loomisega. Parandatud on vaid 36 inimese olmetingimusi, kelle suhtlusring piirdub endiselt hooldekodu elanike ja selle personaliga.

Projekti nõukogu tegevus. Projekti nõukogu moodustati projekti tegevuse koordineerimiseks ja positiivse avaliku arvamuse kujundamiseks.

Üheteistliikmelisse projekti meeskonda kuulusid kaheksaliikmeline projekti nõukogu, kaks väliskonsultanti ja projektijuht. Nõukogu liikmeteks olid psüühikahäirega inimestele teenuseid osutavate asutuste ja teenuste arengu eest vastutavate ametkondade esindajad: sotsiaalministeeriumi arenguosakonna juhataja, Erastvere hooldekodu direktor, Erastvere hooldekodu asedirektor, Kanepi vallavanem, Põlva maavalitsuse sotsiaal- ja tervishoiuosakonna juhataja-maakonnarst, Põlva maavalitsuse sotsiaal- ja tervishoiuosakonna peaspetsialist, psühhiaater ja Põlva maavanem, kes oli ühtlasi nõukogu esimees. Väliskonsultantidena

osalesid L. Eklund ja R. Odelberg Rootsist. Konkursi korras võeti tööle projektijuht, kelle ülesandeks oli projektis ette nähtud tegevuste tarvis detailsete tegevusplaanide koostamine ja elluviimine, tegevuste analüüsimine ja kokkuvõtete tegemine ning projekti nõukogu koosolekute ettevalmistamine.

Kuigi projekti nõukogu peeti teotahteliseks ja oma ala tundvaks meeskonnaks, puudus nõukogul ühtne ettekujutus kavandatavast avahooldussüsteemist. Vaatamata katsetele ühtset "pilti" kujundada, oli projekti meeskonnas kaks põhimõtteliselt erinevat seisukohta – kui mõned projekti nõukogu liikmed taotlesid eelkõige Erastvere hooldekodu tegevuse laiendamist, siis teised soovisid arendada alternatiivseid teenuseid. Otsuste vastuvõtmisel saavutatud konsensus tugines pigem mõningate nõukogu liikmete oskamatusel oma seisukohti põhjendada ja maavanema autoriteedil kui omaks võetud arusaamadel. Ühtse seisukoha puudumine põhjustas ka vastuolulise informatsiooni väljastamise.

Projekti tulemused ja mõju

Vaatamata projekti käigus toimunud kardinaalsetele muudatustele täideti projekti peamine eesmärk: loodi psüühilise erivajadusega inimestele inimest väärtustav ja inimese vajadustest lähtuv kogukonnapõhine toetussüsteem. 2003. aasta lõpus elas Põlva viiekorterilises elamisüksuses 13 inimest, nendest 9 endist hooldekodu elanikku. Lisaks said Põlvas igapäevaelu toetamise teenuseid üle 50 inimese ja toetatud töötamise teenust 8 inimest. Maakonnas oli 4 kogukonnapõhise teenuse pakkujat: Põlvamaa Puuetega Inimeste Koda, EELK Räpina Kristlik Hooldekodu ja SA Maarja Küla.

Projekti tugevus seisnes idee – luua isiksusekeskne vaimse tervise süsteem – õigsuses ja uudse mudeli headuses. Projekti rakendamisega lükati ümber väide, et hooldekodudes elavad inimesed ei ole võimelised elama ühiskonnas. Põlva kogemused näitavad, et toetava võrgustiku olemasolu ja ühiskonna mõistva suhtumise korral on inimesed võimelised tavaühiskonnas iseseisvalt toime tulema. Põlvas elluviidut on võimalik rakendada 24-tunnisel hooldusel olevate inimeste ühiskonda integreerimise mudelina juhul, kui Eestis võetaks suund deinstitutionaliseerimisele¹.

Kõik uurimuses osalenud andsid projektile tagantjärele positiivse hinnangu. Sellest õppisid nii projekti elluviijad kui kogukond. See oli protsess, milles osalejad uskusid projekti õigsusse, ei visanud pärast esimest tagasilööki püssi põõsasse, vaid õppisid oma vigadest ning julgustasid ka teisi piirkondi erivajadustega inimestele teenuseid arendama.

Õppetunnid tulevikuks

Eriarvamused teenuste planeerimisel ja elluviimisel on tavalised. Konfliktid on positiivsed, kui need juhivad uute loovate ideedeni. Konfliktide põhjused projekti nõukogus ja Kanepi valla ning hooldekoduga olid nii ideoloogilised kui ka territoriaalsed. Ideoloogilist laadi konfliktid tulenesid erinevatest prioriteetidest – kas alternatiivsete teenuste arendamine ja ühiskonda integreerimine või asutusekeskse tegevuse laiendamine. Territoriaalne konflikt tekkis kavandatavate muutuste sisseviimisest Erastvere hooldekodu tegevusse maavalitsuse initsiatiivil ja rootslaste toetusel. Arvestades hooldekodu esindajate soovi asutust säilitada ja tegevust veelgi laiendada ning samal ajal nõustuda ka projektis kavandatava suunaga, oleks tähendanud n.ö iseenda jalgealuse õõnestamist. Seega nõukogu liikmete suuresti erinev motivatsioon ja prioriteetid ei saanudki tagada ühishuvidetele ja usaldusele tuginevat koostööd.

Suuremahuliste projektide õnnestumiseks on vaja luua ühtne meeskond, töötada välja erinevatele huvigruppidele suunatud strateegia ja hea kommunikatsioon. Et kohalikud inimesed hakkaksid toetama muutuste läbiviimist on oluline erinevatele huvigruppidele neile arusaadavas keeles ja näitliku materjaliga varustatud (nt videod) selgitav tegevus ja analoogseid kogemusi omavate inimeste kaasamine.

Seega on ühise hea "oma asja" tegemise eelduseks erinevate huvigruppide ja erinevate tasemetega (riik/maakond/kohalik omavalitsus) koostöö.

¹ Kuigi Eestis arendatakse avahooldusteenuseid, ei saa hetkel rääkida deinstitutionaliseerimisest, sest suurem osa tellitavate teenuste mahust ja rahast läheb siiski asutustele.

Perekondadele suunatud edendustegevus – perekool Sael

Marika Ratnik, Lastekaitse Liidu projektijuht
Anneli Ritsing, Saue Linna Lastekaitse Ühingu juhatuse liige

Perekeskne lähenemisviis (*family-centered approach*). Lastekaitse Liidu peretöö kontseptsioon põhineb perekeskse lähenemise põhimõtetel. Nimetatud lähenemisviisi puhul on rõhuasetus perekondade tugevdamisel, peresiseste jõuvarude avastamisel ja nende kasutusele võtmisel. Kõiki perekondi väärtustatakse, tunnustamist väärivad iga perekonna huvid, suhtumised ja tugevused. Olulised komponendid perekeskse lähenemisviisi puhul on:

- **vastastikune toetav ja abistav suhe** – perekondi toetatakse ning edendatakse nende võimekust toetada laste arengut, kasutades abistavat partnerlussuhet (abistaja ja perekond on võrdsel positsioonil);

- **toetav kogukond** – perekond saab informatsiooni, ressursse ja toetust teda ümbritseval kogukonnal;

- **kogukond ja perekond toetavad vastastikku teineteist** – osalemine, kahepoolne kommunikatsioon ja huvikaitse tugevdavad nii kogukonna toetavat võrgustikku kui ka perekonna funktsioneerimist. Tugevad perekonnad panustavad kogukonda ja tugevad kogukonnad toetavad vanemaks olemist.

Perekeskses lähenemisviisis on ühendatud ökoloogiline ja süsteemne lähenemisviis perekonnale. Ökoloogilisest perspektiivist lähtudes on vaja alati vaadelda indiviidi/lapse arengut seoses teda ümbritseva keskkonnaga. Süsteemne lähenemisviis perekonnale rõhutab, et last on vaja vaadelda teda ümbritsevate peresuhete kontekstis.

Perekeskse filosoofia puhul on rõhuasetus edendus- ja ennetustegevusel.

Edendustegevus (*promotion*) on suunatud kõigile perekondadele. Lähtepositsiooniks on tugevdav lähenemisviis (*strength based approach*), mille puhul rõhuasetus tehakse perekonna jõustamisele (lapsevanemale

vajaliku informatsiooni edastamine, pere liikmete tugevuste avastamine, perekonna psüühilist elastsust toetavate võtmeptsesside tõhustamine, lapsevanemana toimetulekut toetavate teadmiste ja oskuste omandamine, emotsionaalne toetus).

Edendustegevuses on olulisel kohal kogukonna toetus – abistava võrgustiku loomine perekonna ümber. Kogukonna võimekus pakkuda sotsiaalset toetust lapsevanematele on üheks eelduseks psühhosotsiaalsete probleemide ennetamiseks peres (lapsevanema depressiivsus, laste väärkohtlemine). Kogukonna sotsiaalne kapital – sotsiaalne sidusus, usaldus, vastastikkus, abi, toetuse ja vajalike teadmiste pakkumine – seob perekondi kogukonnaga.

Kogukonna edendustegevuseks on mitmeid võimalusi: perekubi üritused ja vanemate intsiatiivil ja /või spetsialiste kaasates kujunenud toetusgrupid; koolitused esmakordselt vanemaks saavatele täiskasvanutele; perekoolitused eri vanuses laste vanematele; lapsevanemate toetusgrupid; programmid vanematele, kelle lastel ilmnevad käitumisprobleemid ja /või õpiraskused (kool- lapsevanemad koostöös); programmid ja toetusgrupid puuetega laste vanematele. Kõigi eespool nimetatud edendustegevuse võimaluste puhul on rõhuasetus lapse ja lapsevanema suhtel ja vanemate omavahelistel suhetel.

Edendustegevuse kaudu perekondi tugevdades on partneriteks erinevad kogukonna organisatsioonid ja mittetulundusühingud, omavalitsus ning piirkonna haridusasutused.

Perekool Sael

Heaks näiteks MTÜ ja omavalitsuse koostööst vanemaid toetava keskkonna loomisel on Saue Linna Lastekaitse Ühingu tegevus lapsevanemate koolitamisel.

Saue perekoolis toimusid aprilli algusest

mai lõpuni Gordoni perekooli kursused. Korraldajateks olid Saue Linnavalitsus ja Saue Linna Lastekaitse Ühing.

Mis see *Gordoni perekool* siis endast kujutab? Gordoni perekooli eesmärk on aidata lapsevanematel omandada suhtlemisoskusi, mille tulemusel paranevad suhted vanemate, laste ja teiste nende jaoks oluliste inimeste vahel. Kursusel õpitakse kuulamis-, enesekehtestamis- ning konflikti lahendamise oskusi. Tegemist on praktilise meetodiga, mis õpetab lapsevanemaid paremini mõistma oma suhteid laste ja ümbritsevate inimestega ja neid soovitavas suunas kujundama, ilma seejuures võimu ja vägivalda kasutamata.

Gordoni perekooli (*Parent Effectiveness Training – P.E.T.*) loojaks on psühholoog, mitmekordne Nobeli preemia nominent dr. Thomas Gordon.

Kui algul oligi korraldajatel kahtlusi, kas sisseostetud teenus on oma hinda väärt ja kas on üldse lapsevanematest huvilisi siis juba esimestel kordadel oli näha, et selline koolitus on vägagi vajalik. Lektor Nelly Randver suutis kohe kõik panna kaasa mõtlema ja arutlema. Gordoni Perekooli kursusest Saue linnas võttis osa 15 lapsevanemat, kõik nad on ka Saue elanikud. Nagu hilisemast küsitlusest selgus, oli see hästi oluline, et kursus toimus kodu lähedal. Sama oluline oli hind, mis tänu linnavalitsuse sotsiaalvaldkonna eelarves olevatele summadele ja projektirahale oli alla tuhande krooni. 1500 krooni oli see piir, kus enamus lapsevanematest ütles, et nii kõrge hinna korral nad ei oleks kursusest osa võtnud.

Lapsevanemad hindasid koolitust kõrgelt

Kõik kursusest osavõtjad märkisid, et nende suhted lapsega on oluliselt paranenud. Suhetes täiskasvanutega ei ole erilisi muutusi toimunud. Küsimusele, mis osutus kursusel omandatust eriti oluliseks, vastati:

- *üritan jõuda selgusele, kelle probleem on ja kas üldse on probleem või on minu taluvuslavi liiga madal*
- *paljud situatsioonid ei olegi probleemid, kui neid teisest vaatenurgast vaadelda*
- *olen õppinud väljendama oma tundeid ja*

selle kaudu püüan probleemi lahendada, mitte karjumise, ähvardamise, meelitamise teel

Sageli märgiti, et kursusel omandatu andis uusi oskusi.

- *oskan aktiivselt kuulata (peegeldan teisele*
- *inimesele tema tundeid ja mõtteid, mitte ei paku lahendusi)*
- *oskan saata mina-sõnumeid, ennast kehtestada, püüan rääkida, mida tunnen*
- *olen muutunud tolerantsemaks*
- *ei anna hinnangut käitumisele*
- *ei lahenda laste eest nende tülisid, vaid olen ainult vahendajaks*

Küsimusele, miks soovivad kursust ka oma tuttavatele, vastati järgmiselt:

- *meetod sisaldab väga palju infot ja kasulikke nippe*
- *suureneb enesekindlus*
- *kursusel saab kuulla teiste vanemate arvamusi, mõtteid*
- *paranevad suhted lastega ja kõigi ümbritsevatega*
- *probleemilahendusoskus hoopis uuest vaatenurgast*
- *aru saada, et igast tühiasjast ei peagi probleemi tegema*
- *näen oma kogemustest, et Gordoni meetod toimib*

Analoogne kursus toimub Saue linnas ka 2005. a sügisel, oodatud on kõik lapsevanemad, kes tahavad oma lastest ja üldse inimestest paremini aru saada ja häid suhteid hoida. Selline koolitus on vajalik kõigile, nii praegustele kui ka tulevastele lapsevanematele, sest tänapäeva lapsi pole võimalik kasvatada käsu-keelu meetodil. Siit ka riigisadele mõtlemissainet, näiteks võiks siduda vanemahüvitise maksmine perekooli läbimisega. Arvatavasti oleks paarisajakroonine lisatoetus piisavaks motivatsiooniks, et läbida enne lapsevanemaks saamist niisugune kursus. Hilisemad kulutused toimetulematu vanema ja kasvatamatu lapse muutmiseks lähevad kokkuvõttes maksma mitu korda rohkem. Lapsed, keda on nende lapsepõlves kasvatatud hea sõnaga, mitte jõumeetodil, õpivad paremini ja on tulevikus eeskujuks oma lastele.

MTÜ Läänemaa Psühhosotsiaalse Rehabilitatsiooni Keskuse tööd ja tegemised

Lihulas avas ukSED keskus, mis pakub kodu kümnele liitpuudega inimesele. Uue projekti käivitamine ei nõua miljoneid, vaid eekõige head ideed ja elluviijate täielikku pühendumist oma üritusele.

Svetlana Reinsalu, juhataja-sotsiaaltöötaja
Monika Salumaa, tegevusterapeut

MTÜ Läänemaa Psühhosotsiaalse Rehabilitatsiooni Keskus asutati 2000. a augustis. Asutajateks oli kaks sotsiaal- ja tervishoiu valdkonnas pikaajalist töökogemust omavat inimest: Svetlana Reinsalu ja Monika Salumaa. MTÜ põhikirjaliseks eesmärgiks sai psüühilise erivajadusega täiskasvanud inimestele riiklike hoolekandeteenuste pakkumine Läänemaal ning nende omaste ja pereliikmete toetamine, informeerimine ja nõustamine. Algusest peale toimub koostöö arendamine kõigi Läänemaal asuvate vastavate asutuste vahel.

Teenused psüühikahäiretega inimestele

Esimeseks pakutavaks teenuseks sai **igapäevaelu toetamine**. Teenust pakuti ja pakutakse tänaseni Haapsalus renditud ruumides, tarbijateks on põhiliselt Haapsalus ja Läänemaal elavad psüühikahäirega täiskasvanud inimesed. Nagu teenuse nimetusest näha, on meie põhitöökS nende inimeste võimalikult iseseisva koduse toimetuleku toetamine. Seega ei ole pearõhk mitte ühisel n.õ rebimisel-kleepimisel, vaid tõeliste, iga päev vajaminevate oskuste harjutamisel ja õppimisel, mille puhul lähtutakse kliendi tegevusvõime ja oskuste tasemest. Suur osa tööst toimubki iga kliendiga eraldi. 2005. aastal kasutab seda teenust 31 inimest.

Teiseks teenuseks sai **töötamise toetamine**, sest leidis neid psüühikahäirega inimesi, kes olid valmis töötama osalise tööajaga tõelises töösuhtes. Töö seisneb erinevates koristus- ja abitööde sooritamises keskuse ruumides, teenust kasutab kolm inimest.

Kaheaastase töökogemuse järel sai meile selgeks vajadus **toetatud elamise teenuse järele**. Siinkohal tuleb tänada Kesk- ja Ida-Euroopa Hollandi Fondide Ühendust, kes toetas meid rahaliselt 3-toalise korteri ostmiseks Haapsalusse ja Haapsalu linnavalitsust, kes eraldas meile raha korteri ühiskasutatavate ruumide sisustamiseks. Korteri elab kolm kerge vaimupuudega noort naist, kes paralleelselt kasutavad ka toetatud töötamise teenust. Toetatud elamise teenus, eriti linna tavakorteris, on teenusepakkujale keeruline ülesanne, sest see nõuab kliendilt päris kõrget tegevusvõime taset, mida teenusele suunatud klientidel tihti ei ole. Meie keskus see toimib, sest pakume teenuseid kombineeritult ja kliendid on pidevalt meie töötajate silma all.

2003. a hakkasime osalema SA Pärnu Haigla Psühhiaatriakliiniku Läänemaa **rehabilitatsioonimeeskonna** töös. Siin oli suureks abiks eeltöö, mis seisnes Läänemaal ja Hiiu maal elavate täiskasvanud psüühikahäirega inimeste kaardistamises aastatel 2000–2002. See ettevõtmine rajanes tegelikult kahe töötaja entusiasmil ning seda tehti kahe aasta puhkuse arvelt.

Kodu liitpuudega inimestele Lihulas

Oma töös rehabilitatsioonimeeskonna liikmetena hakkasime kokku puutama psüühikahäirega inimestega, kelle vajadused olid väga erinevad. Meie ülesanne oli leida sobivad teenused, mis vastaksid nende tegevusvõime tasemele. Kõige keerulisem oli leida sobiv teenus liitpuudega inimestele, kellel oli lisaks sügavale vaimupuudele ka füüsi-

line puue. Hooldekodudes on küll olemas tugevdatud toetusega hooldusosakonnad, kuid sinna on paigutatud väga erineva puude ja häiretega inimesed ning hoolduse pakumisel ei arvestata selle kliendirühma eripära. Mis on siis nende inimeste eripära? Oma füüsilise poolest on need inimesed jäänud lapse mõotu, neil on hulgi kõikvõimalikke kesknärvisüsteemi kahjustusi, mis piiravad oluliselt nende argielu, ka ei suuda nad aru saada ümbritsevast maailmast. Lastekodudes kantakse selliste laste eest väga hästi hoolt, nendega tegeldakse pidevalt, üritatakse toetada ja arendada nende väheseid võimeid ja oskusi. Kui panna selline lastekodust välja kasvanud noor inimene suurde hooldekodusse, mis täielikult erineb tema harjumuspärasest keskkonnast, siis tihti peale on šokk nii suur, et kõik siiani olemasolnu ja omandatu võib kaduda. Leidsime, et vaja oleks luua sellele kliendirühmale elukeskkond, mis asuks eraldi suurtest hoolekandeesutustest ning oleks üles ehitatud kodu mudelit arvestades.

Toetus koostööpartneritelt Eestist ja Hollandist

Meie mõttega tuli kohe kaasa sotsiaalministeerium, kes ideed igati toetas ja eraldas meile remondiraha. Lääne Maavalitsuse nõu ja jõuga hakkasime otsima sobivaid ruume Läänemaal ning leidsime need Lihula linnas kortermajas, kus elavad tavakodanikud. Ruumid saime vallalt viieteistkümneks aastaks 0-rendile ning õnneks oli vaja neis teha ainult sanitaarremont. Vahendite ja mööbli hankimiseks esitasime projekti Kesk- ja Ida-Euroopa Hollandi Fondide Ühendusele, kes meie mõtet innukalt toetas, sest pidas seda igati innovatiivseks ettevõtmiseks.

Keskkonda luues püüdsime igati vältida haiglat või hooldekodu meenutatavat eluaset. Tänu pikaajalisele meeldivale koostööle Hollandi hooldus- ja rehabilitatsioonispetsialistide Cees Hage ja Rini Blankersiga said meie uue kodu töötajad ka erikoolituse. Nimetatud spetsialistid vaimustasid meie mõttest ning võtsid südameasjaks oma teadmisi ja pikaajalist töökogemust meiega jagada. Seda kõike tegid nad omal kulul, mingit tasu saamata. Neist inimestest on kujunenud

meie asutuse nõustajad ja superviseerijad, kes külastavad meid regulaarselt ka tulevikus.

Meie uues kodus on kohti kümnele inimesele. Alustasime teenuse pakumist juba augustis 2004 ühe kliendiga, teised kliendid saabusid väikeste ajavahemike järel. Meie kartus, et inimestel tekivad suured kohanemisraskused, osutusid alusetuks. Võib olla aitas kaasa õige töötajate valik.

Veel selle aasta sees on meil plaan luua 3 toetatud elamise ja toetatud töötamise kliendikohta Lihula linna. Need kerge vaimupuudega inimesed hakkavad elama osakonna teisel korrusel tavakorteris ning töötama osakonnas abitöödel.

Muutuste elluviimine on võimalik

Lähtudes oma Lihula kogemustest, julgeme väita, et alternatiivsete hooldusvormide pakumine on Eestis täiesti võimalik. Kvaliteetse hoolduse korraldamiseks on vaja head ja põhjendatud ideed, sihtrühma täpset piiritlemist ning valdkonna tundmist. Ei ole alati vaja miljoneid, et käivitada uut projekti. Loomulikult tuleb arvestada riskidega, mis tihti ei sõltu projekti elluviijast. Mingi uue üksuse loomine suure hoolekandeesutuse sees ei nõua nii palju pühendumist, energiat ja loovust, kui nõuab seda uue asja käivitamine täiesti tühjal kohal. Suurel asutusel on aastatega kogunenud teatavasti ressursid, olgu selleks siis tööjõud või muud ressursid, mida uue programmi korral on võimalik ümber suunata ja kasutada. Tühjal kohal teenuse käivitamine tähendab eelkõige käivitajate täielikku pühendumist oma üritusele, millega kaasneb eraelu kadumine ja kellaaja unustamine. Selline töö ei sobi kindlasti inimestele, kelle tööstiiliks on kujunenud tööpäeva lõpu ootamine või pidev rahulolematu kaebamine, et vaja oleks, aga midagi kuskil ei tehta ja keegi ei aita. Tegelikult on Eesti riik aldis kõigele uuele, mida kõikide olemasolevate vahenditega ka toetatakse.

Kolleegidele, kes oma tööst loodavad eelkõige pidevat ametialast arengut, oma võimete proovile panemist ja inimeste elukvaliteedi tõelist paranemist, soovime häid ideid, palju jõudu, tahet ja sitkust oma mõtete elluviimisel.



1



2

Kümme puudega noort sai endale kodu Läänemaa Psühhosotsiaalse Rehabilitatsiooni Keskuse uues Lihula osakonnas.

Pildid:

1) (paremalt vasakule) keskuse koolitajad ja superviseerijad Cees Hage ja Rini Blankers ning Kes- ja Ida-Euroopa Hollandi Fondide Ühenduse esindaja Eestis Piet Boerefijn

2) kodupäraselt sisustatud ruumid

3) noored puhkehetkel



3

Töötuse, kutserehabilitatsiooni ja puudega seotud küsimuste lahendamine 2

David Imber

Kutse- ja tööhõiveteenuste direktor, Kynixa Ltd.

DavidI@kynixa.co.uk, tel + 44 20 8832 3797

Artikli sissejuhatavas osas (vt Sotsiaaltöö nr 1/2005 lk 22-26) analüüsiti Suurbritannia tööhõivepoliitika probleeme ning nimetati küsimusi, mida tuleb arvesse võtta tööhõiveprogrammide väljatöötamisel. Järgnevalt pakub autor välja alternatiivse kutserehabilitatsiooni mudeli, mis arvestab isiksuslikke, inimsuhetes tekkivaid ja institutsionaalseid tegureid. Need tegurid mõjutavad kliendi naasmist töökultuuri.

Alternatiivne lähenemine tööhõiveprogrammidele

Edukas on tööhõiveprogramm, mis võimaldab:

- **Varieerida projektide kestust ja klientidele pakutava toe mahtu ning tüüpi.** Praegused nõuded seavad projektidele kas ajalisi piiranguid või määravad finantstulemuste saavutamise meetmed, millega toetatakse eeskätt lühiajalist sekkumist. Kogemused on näidanud, et lühiajaline sekkumine võib olla efektiivne üksikute klientide puhul, kuid on ka selliseid kliente, kelle puhul töölenaasmise programm kannab vilja alles kolme aasta pärast.
- **Lähtuda kulude ja kasutatavate ressursside planeerimisel eelkõige kliendi vajadustest ning kasust majandusele,** mitte programmile esitatavatest tingimustest.
- **Järjekindlalt koguda andmeid sekkumiste ja klientide vajaduste kohta** selleks, et toetada pikaajalisi programme. Nii saadakse aja jooksul piisavalt informatsiooni, et välja selgitada kõige tõhusam sekkumisviis. Andmeid kogutakse nii klientide isiklike kogemuste kui ka programmi tulemuste kohta.

Lähtealused

Pakutav mudel lähtub eeldusest, et klientide käitumine on ratsionaalne. Ratsionaalne käitumine on kooskõlas

- kliendi sisemiste veendumustega, tema kogemuste, arusaamade, tervise, mälestuste ja oskustega
- mitmesuguste perekondlike ja keskkonnateguritega, millega klient kokku puutub
- institutsionaalsete teguritega nagu töö, abirahad, haiglas viibimine jne.

Kui olude tõttu – tavaliselt tervisliku seisundi või institutsionaalsete tegurite muutumisel – muutub inimese käitumist mõjutava kolme teguri suhe, ei pruugi varasem ratsionaalne käitumine enam tõhusaks osutuda ja on vaja õppida uusi käitumisviise *kõigis kolmes valdkonnas*.

Inimesel on võime kasutada keelt (kõige laiemas tähenduses) ja sotsiaalseid suhteid, et oma keskkonnas toime tulla. See võime on kaasasündinud. Ma väidan, et klientide, tööandjate ja teenusepakujate käitumist on kõige parem vaadelda kui keelt, millel on palju dialekte. See aitab mõista käitumise variatiivsust ning korduvat esinemist ja väldib lähtumist liiga lihtsast põhjusliku seose mudelist.

See võimaldab ka mõista, kuidas “käitumuslikud dialektid” aitavad inimesel kohaneda konkreetse töökohaga või töötusega. Sotsiaalne ja verbaalne keel aitab rühmaidentiteedil toimida. Seda selle tõttu, et sellel keelel on oma sõnavara erisuguste olukordade jaoks, millel on siiski ühine, väga aeglaselt muutuv grammatika. See keel annab ökonoomselt edasi keerulisi suhteid. Sotsiaalset keelt mõjutavad kõne, märgid, riietus, käitumine ja tegevused.

Lõppkokkuvõttes on keelt võimalik samastada sotsiaalse suhtlemisega – kindlasti on ta sotsiaalse suhtlemise vahend ja oluline igas töösuhtes.

Rääkides kohanemisest keskkonnaga, tuleb arvestada, et töötus maakohas erineb töötusest suurlinnas, mis tähendab seda, et kliendid peavad kohandama oma käitumist tervikuna. Nad kasutavad sotsiaalse suhtlemise grammatikat, et osaleda suhtlemises viisil, mis vastaks nende sisemistele veendumustele, soovidele, igatsustele, oskustele jne. Inimesed kasutavad kindlaks kujunenud sõnavara, et anda edasi tähendusi nii, et need oleksid vastavuses kliendi sotsiaalse ümbrusega. Selleks et klient oleks suuteline suhtlema, peab tema sotsiaalne sõnavara – nii helid (sõnad) kui tegevused (kehakeel, käitumine mikro- ja makrotasandil) – vastama olukorrale. Kui inimene ei tunne konkreetset keskkonnas tarvitatavat sõnavara, on tema võimalused suhtlemiseks piiratud, kuni ta õpib vajaliku sõnavara ja käitumisviisi selgeks.

Kõige tavalisem näide, mida tihti seoses rehabilitatsiooniga tuuakse, on tööliised, kes lähivad füüsiliselt töölt üle istumist nõudvale töö peale. Tihti tekitab see neis suurt hirmu, mis ei tundu olevat vastavuses olemasolevate isiklike ressursside ja muutuse iseloomuga. Sellest hirmust on võimalik aru saada, kui vaadelda kogu sotsiaalset keskkonda ja töökeskkonda kui tundmatut ümbrust, mis esitab suhtlemisviisile uusi nõudeid.

Suhted ja töö grammatika

Kirjeldatud mudel kujutab endast erisuguste suhete põimingu. Mõni neist suhetest on kindlapiiriline ja reguleeritud: näiteks sotsiaaltoetused, suhted elektri- ja gaasifirmaga, tervishoiuteenused. Teised jällegi on muutlikud ja muudetavad – pere, sõbrad, endised kolleegid. Mingis kindlas keskkonnas elamine nõuab võimet kasutada sellele vastavat dialekti, vastasel juhul tuleb leppida soovimatute tagajärgedega. Kliendi mõistmiseks tuleb neid suhteid tunda.

Parema ülevaate huvides võib jagada suhted kolme rühma:

- **Sisemised suhted.** Mis ka inimese sees ei toimuks – selle kõik võtab ta endaga ka üksikule saarele kaasa, nt mälestused, kogemused, veendumused, oskused, hoiakud, tugevuse ja vastupidavuse.
- **Sotsiaalsed suhted.** Kõik isiklikud suhted, mis jäävad inimesest väljapoole: perekond, sõbrad, kolleegid, ülemused, ka sotsiaalsed kontaktid suhtlemisel institutsioonide esindajatega, näiteks sotsiaalabiametnikuga, puudega inimeste tööhõivenõustajatega jt.
- **Institutsionaalsed suhted.** Need on kõik võimalikud ametlikud või poolametlikud reguleeritud suhted teenuste pakkujate ja teenustega, nagu sotsiaaltoetuste saamine, maksu- maksimine, sissetulek, suhtlemine haridus- ja tervishoiuasutustega, pankade, krediitiasutustega jne. Need on asutused, kust kliendid saavad oma elatise ja ressursid.

Töötuse põhjuslikele seostele üles ehitatud mudelid püüavad seletada töötust tõenäosuste kombinatsioonina: kõrge tööpuudus piirkonnas, mis esineb koos madala haridustasemega ja tervishoiu madala kvaliteediga, suurendab pikaajalise töötuse riski. Ma ei taha seda käsitlust kritiseerida muul viisil, kui et see ei aita määrata klientide vajadusi üksikisiku tasandil. Põhjuslikule seosele rajanevad mudelid aitavad valitsustel üsna hästi otsustada, milliseid programme on vaja üldiseks sekkumiseks, kuid nende abil ei saa kuigi hästi aidata üksikisikuid.

Klientidega töötades rakendatakse sotsiolingvistilisi oskusi, et olla võimeline kliendi sõnavarast aru saama vastavalt tema keskkonnale, sest meil on suures osas ühine grammatika. See on oluline, sest sotsiaaltöötaja peab kliendiga rääkima näost näkku ja reaajas, kui ta tahab kliendiga kontakti saavutada. Lühidalt öeldes, tuleb rääkida kliendiga ühist keelt, et olla võimeline teda veenma töö väärtustes. See võib seletada, miks sageli ei suuda edukad töövahendajad hästi kirjeldada, kuidas nad klientidega suhtlevad või kuidas nad otsustavad, mida iga üksiku juhtumi korral ette võtta: võimalik, et nad kasutavad lingvistilist

lähenumist, mille puhul tähendused ei moodustu ainult sündmustest, tegevustest, sekkumistest (sõnad), vaid ka suhtlus- ja käitumisreeglitest (grammatika).

Loomulikult on asjal kaks külge, sest ka tööandjatel on oma keel ja nad peavad veenduma, et klient suudab sellega kohaneda. See seletab, miks tööandjad väärtustavad töölevõtmisel intuitsiooni: nagu tuntakse ära teatud dialekt, on sekundiga kandidaadi sobilikkus (või sobimatus) selge. Klientid, kes on aastaid käinud tööhõiveameti ja sotsiaallabi ameti vahet, on omandanud kindla dialekti. Nende töökeel ei arene ja nad võivad selle kaotada. Seetõttu on neil raskem leida tööd, kui seda muude asjaolude põhjal arvata võib.

Siit võib teha selge järelduse, kuidas tegutseda: toetuste maksmine tuleb hoida lahustöölenaasmise toetamisest. Nende ühendamine viib selleni, et klient eelis-tab sotsiaaltoetusi kui kindlat sissetulekut ebakindlate tulemustega tööprog-rammidele.

Töötaja peab olema võimeline kasutama tööle sobivat keelt või riskima sellega, et ta sotsiaalsest rühmast välja tõrjutakse. Juhtumid, kus kaotatakse töö pärast pikka haigust, näitavad, et töökoha säilitamisel on rühmakuuluvus olulisem kui töötaja kompetentsus.

Üleminekud

Põgus pilk statistikale näitab, et mida kauem aega on möödas töötamisest, seda rohkem kahaneb töölenaasmise tõenäosus. See on põhjus, miks mittetöötamist seatakse tööhõiveprogrammis osalemise üheks kriteeriumiks.

Tööl eemalolek ei ole põhjus: see on vahend. Kui see tõesti näitab otsest pöördelist asümptootilist¹ suhet töölenaasmise tõenäosuse nullpunktiga, siis ainult seetõttu, et see üldistab paljude inimeste kogemused. Igal inimesel on üleminekuolukordi, millele on iseloomulikud suured muutused institutsionaalsetes suhetes ja enesetunnetuses s.o sisemistes suhetes, samuti perekondlikes ja sotsiaalsetes suhetes.

Näiteks väheneb töötuse tagajärjel sissetulek, samas kulutused vähenevad aeglasemalt, sest ikka tuleb maksta liisingut, kuigi krediitkaart suletakse. Niisugune muutus on äkiline ja suur. Sõpradel käiakse vähem külas. Väheneb usk töö leidmisse ning oma oskustesse; kasvab masendus ning murelikkus.

Tööle naasmise korral läheb palk võlgade katteks; kulud kasvavad kiiremini kui sissetulek ja tihti ületavad need esialgu sissetulekut. Mõelge näiteks maainimesele, kes peab ostma auto, et tööle sõita, sest bussiühendus puudub.

Töölenaasmise poliitika, mis peab üheks valikukriteeriumiks töötuse pikkust, kahandab automaatselt ja tarbetult väljavaateid töö leidmiseks. Tegelikult ei oleks vaja aidata inimesi, kes igal juhul tööle naasevad. Vaja on leida vahendeid pikaajalise töötuse tõenäosuse hindamiseks ja järk-järgult arendada toetamisvõimalusi pikaajalise töötuse vältimiseks. See aga tähendab üksikjuhtumite pingeritta seadmist, mida võivad rakendada tööhõiveamet ja kindlustuse pakkujad. Praegused valitsuse rahastatavad programmid ei suuda seda teha.

Ka kindlustusfirmad on huvitatud sellest, et kannatada saanud ja tervisekahjustusega klientid tööle naaseksid, kuid ei suuda selle küsimusega tegelda. Tavaliselt pakuvad nad kliendile rehabilitatsiooni mitu kuud pärast õnnetust, kui üleminek pikaajalisele töötusele on juba toimunud.

Mõned näited üleminekutest tööturul:

- siirdumine koolist tööle
- siirdumine koolist töötusele
- siirdumine täie tervise juurest vigastatu seisundisse ja vajadusele arstiabi järele
- siirdumine ravilt töötusele
- siirdumine töötusest valitsuse tööhõiveprogrammi
- siirdumine tööhõiveprogrammi abil tööle.

¹ Asümptoot – sirgjoon, mille lõpmatult kaugenev kõver piiramatult läheneb. Toim.

Ülemineku ajal muutuvad klientide institutsionaalsed ja sotsiaalsed suhted. Muutuse tõttu osutuvad varem ratsionaalsed käitumisviisid ebaratsionaalseks. Näiteks tihel kliendil ei olnud pealtnäha ühtegi takistust tööle naasmiseks ning ta ka soovis seda, kuid ometi see ei õnnestunud. Analüüsisime tema igapäevast ajakava. Selgus, et kliendi perekondlikud kohustused olid niivõrd suured, et tal ei jätkunud aega tööotsinguteks, rääkimata töötamisest endast. Ta toetav, armastav ja positiivne pere oli niisiis osa probleemist kui ka lahendusest.

Tihti arvavad kliendid, et nad ei suuda töötada või et nad on kas alakvalifitseeritud või siis üle kvalifitseeritud. Seesugused ettekujutused endast on tihti kliendi motiveerimisel tähelepanu keskpunktis ning see on ka mingil määral kasulik. Samas on vale väita, et kliendi suhe iseendasse on olulisem kui suhted teiste inimestega. Meie mudelis on tähelepanu keskpunktis just suhted teiste inimestega, kliendi sisemisi suhteid arvestatakse kui olulist, kuid mitte määravat komponenti. Kuidas käsitada sel juhul kliendi usku endasse, motivatsiooni, meeleolu ja enesekindlust? Kuulata tuleks, millised on kliendi ettekujutused oma tulevikuvõimalustest, ja teha kindlaks loogika ning mõjutused, mille põhjal klient oma otsustusi teeb.

Üleminekid muudavad ka teiste asjaosaliste tasakaalu ning käitumist. Inimene, kes naaseb haiguspuhkusest tööle, peab sisenema keskkonda, mis on kohanenud tema puudumisega. Kui sellele on lisandunud veel puue, millega peab toime tulema, võib toimuda märkimisväärne muutus sotsiaalsetes suhetes (kolleegid) ja institutsionaalsetes (töökirjeldus ja -ülesanded) tegurites.

Tööandjatega suheldes on kindlaks tehtud veel kaks asjaolu, mis puhul töösuhte on esimestel kuudel ohustatud:

- **Kohanemine muutustega.** Esimesel kohtumisel tööandjaga on nii klient kui tööandja ärevil. Võib-olla sisenevad nad muutuste perioodi, olemata kindlad positiivses tulemus. Sellele aspektile pööratakse küll tähelepanu CV koostamise õpetamisel ning tööintervjuuks ettevalmistumisel, kuid tööandjatel seesugune toetus tihti puudub.

- **Üksi jäämine hirmude ja muredega.** Tihti lahkuvad puudega kliendid töölt varsti pärast tööle asumist. Tavaliselt kirjutatakse see kliendi vastupidavuse, isikliku motivatsiooni ja töö kvaliteedi puudumise arvele. Arvestada tuleks aga seda, et tööle naasmisel muutub kiiresti ja dramaatiliselt kliendi suunitlus kodukesksetelt tegevustelt töökesksetele tegevustele. Pärast töö tutvustamist pöördub juhendaja, organisatsiooni juhi, koolitaja jt tähelepanu uue töötaja juurest teiste küsimuste juurde. Tugiorganisatsioonid lahkuvad ja klient jääb üksi oma vähearenenud töösuhete ja kartusega läbi kukkuda, isegi kui ta oma tööd hästi teeb. Selles olukorras on risk suur ning on tõenäoline, et klient naaseb turvalisse kodukeskkonda, kui et ta jätkab töötamist. Kui sissetulek ei ole töötamise korral palju suurem sotsiaaltoetusest või kui töötajale ei ole veel palka makstud ning tal on jätkuvalt hüpoteeke, võlgasid ja muid kohustusi, on risk suurem.

Need on argumendid, mida arvestades tuleks pakkuda pidevat tuge pärast tööleasumist ja mille juurde peaks käima ka tööandja kaasatus tööhõiveprogrammi. Kahjuks ei osata seda teha ja hindamis- ning tegevusplaanides pööratakse sellele harva tähelepanu.

Institutsionaalsed tegurid võivad üleminekut kas takistada või sellele kaasa aidata. Laenu tagasimaksmisega taasalustamine ja püüd võlgasid likvideerida võivad esimestel nädalatel pärast tööle naasmist pere majandusliku seisuga seegi paisata.

Üleminekute analüüsimine nõuab seega hinnangu andmist mitte ainult kliendile, vaid ka muudele asjaoludele.

Hindamine

Oletame, et eesmärk on aidata kliendil tööle naasta. Esimene samm sellel teel ei ole tegevusplaanide pakkumine, vaid kliendi keele ära õppimine ja endale selgitamine, miks ja millisel

moel ta abi vajab. Pean seda endastmõistetavaks, et tööhõiveprogrammid ei peaks toetama kliente, kellel ei ole märgatavaid probleeme töö leidmisega: kas sellepärast, et probleemi ei ole õigesti määratletud ja seetõttu ei ole ka tegevuse või projekti valik tõenäoliselt õige, või sellepärast, et probleeme tegelikult ei ole ja seega püüd neid ületada ei saa olla efektiivne. Niisugune arusaam aitab kriteeriumina töötamise korral lahustada toetuse saamise nõuet vajadusest saada tuge töötamisel. Puuetega inimeste puhul võib see tähendada, et nendel peab olema samasugune kohustus otsida tööd nagu teistelgi *tingimusel, et nad on selleks ise võimelised või saavad vajalikul määral tuge ning et nad saavad toetust puudest tingitud igapäevaste lisakulutuste kompenseerimiseks, ning tingimusel, et neid ei karistata reeglite alusel, mis ei arvesta puudega inimeste diskrimineerimist tööturul.*

Hindamine peab hõlmama ka töökohta ning tööd. Juhul, kui töökoht puudub, hõlmab see eelmist töökohta, töökogemusi ja oskusi ning väljaajateid töötamiseks tulevikus. Töökohta ja töö analüüsimisel peab samuti arvesse võtma samu komponente, mida kliendi puhulgi:

- **Sisemised aspektid** nagu organisatsiooni eesmärk, kultuur, korporatiivsed põhimõtted ja stiil. Võrrele näiteks käigukastide tootja müügijuhti kosmeetikafirma müügijuhiga. Sellistest kultuurilistest aspektidest räägitakse harva otse, aga need mõjutavad seda, kui hästi klient end ühes või teises keskkonnas tunneb.
- **Sotsiaalsed aspektid** nagu isiklikud suhted töötaja ja tema kolleegide, klientide, ülemuste, juhendajate jt vahel. Need suhted ulatuvad töökirjeldusest ja formaalsetest alluvussuhetest palju kaugemale ning on väga olulised. Ülalpool mainisin sotsiaalsete suhete muutumist, mis leiab aset tööleasumise esimestel nädalatel ja kuudel. Erinevates töökohtades on väga erisugused suhtlusstiilid: võrrele näiteks pikki vahemaid sõitva veoautojuhi üksildast elu seltsi armastava bürootöötajaga.
- **Institutsionaalsed aspektid** nagu töö ja töökoht. Hindamisel tuleb arvestada veel teisi- gi asjaolusid nagu formaalne järelevalve (politsei, audiitorid), nõuded töö tulemuslikkusele, arstlik läbivaatus, katseaeg.

Tavaliselt keskendutakse töökohta ja töö analüüsimisel liialt institutsionaalsetele teguritele, sest siin saab läbi viia formaalseid mõõtmisi. Vestelnud klientidega, tuleb tunnistada, et nad peavad teisi tegureid sama oluliseks. Järelikult tuleb ka tööhõivega tegelevatel spetsialistidel neid oluliseks pidada.

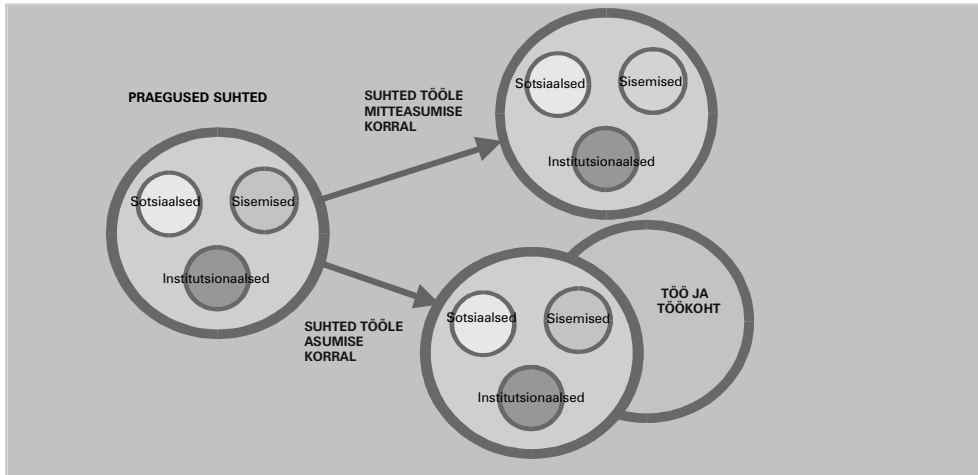
Ühele vedruvabriku töölisele, kes ei olnud tööl saanud vigastuse tagajärjel enam võimeline masinaid turvaliselt käsitsema, pakkus tööandja administratiivtööd, mis jäi tema kogemuste ja võimete piiridesse. Tööline aga ütles, et ta “ei hakka kunagi sellist tsirkust tegema”.

Eelanalüüs: hinnang

Paluda kliendil tööle naasta tähendab teha talle ettepanek muutuseks. Klient peab rakendama oma sisemisi veendumusi ja ressursse, et hinnata alternatiive *nii hästi, kui ta suudab.*

Selle saavutamiseks peab klient hindama kõiki tulevaseid suhteid ja riske, mis on selle üleminekuga seotud – nii sisemisi, sotsiaalseid kui institutsionaalseid. Enamasti saavad kliendid sellega hästi hakkama, nagu nad saavad ka hästi hakkama kõnelemise ja sotsialiseerumisega. Kuna see on uus ülesanne ja pealegi selline, milleks keegi meist ei ole hästi ette valmistatud, siis ei pruugi inimesel olla selleks vajalikke oskusi ja teadmisi.

Käesolev käsitlus aitab tegelda ka motivatsiooni puudumise küsimusega. See ei ole ühegi inimese kaasasündinud omadus, vaid on mõiste, mida kasutavad ametnikud oma suutmatuse tõttu aidata kliente, kes vaistlikult tunnetavad, et vabatahtlikul üleminekul võivad olla viletsad tulemused, ning käituvad vastavalt. Klientide sellised reaktsioonid panevad teistsugusel arvamusel olevaid ametnikke nõrdima. Tegelikult tähendab motivatsiooni puudumine töötamiseks ametnike suutmatust saavutada edu töös konkreetse kliendiga.



Joonis 1. Tulevikuvõimaluste analüüs sisemisi, sotsiaalseid ja institutsionaalseid suhteid arvestava mudeli alusel.

Hindamise käik (vt joonis 1)

- Looge mõistev ja lugupidav suhe. Isegi kui te ei räägi kliendiga ühist keelt, näidake üles tahet õppida, kuulata tema lugu ja seda arvesse võtta. Kaasake tööandja. Tehke kindlaks, kui tõele vastavalt klient fakte esitab. Kui võimalik, küsige teiste arvamust.
- Analüüsige koos kliendiga mudelis kirjeldatud kolme komponenti ning seda, kuidas need muutuvad tööle naasmisega kaasneva ülemineku jooksul.
- Analüüsige koos kliendiga tema tulevast töökohta ja töö sisu kolme eelpool kirjeldatud komponendi lõikes ja püüdke hinnata, kuidas need muutuvad ja mõjutavad otsuseid tööle naasmisega kaasneva ülemineku jooksul.
- Hinnake mitte ainult kasu, vaid ka riske ja ajalisi tegureid.
- Analüüsige ja võrrelge alternatiive tööle mitteasumise korral. Kui ei soovita töötada, analüüsige kliendi tulevikuvõimalusi, et planeerida sekkumist, mis aitaks kõrvaldada riskid ja taastada kliendi kindlustunne või siis tunnistage, et töötamine ei olegi eesmärk.
- Seadke pikaajaline eesmärk.
- Tehke ühiselt kindlaks barjäärid ja probleemid, mis võivad takistada seatud eesmärgi saavutamist.
- Leppige kokku, mis samme peab astuma, et kõrvaldada need barjäärid ja probleemid.
- Otsustage, missugused tegevused aitaksid kõrvaldada barjääre ja probleeme.
- Koostage strateegiline tegevuskava SMART².

Artiklis kirjeldatud tegutsemismudel erineb praegusest tegevusviisist, kuna tegeleb just konkreetsete takistustega ning *mitte ainult nendega, mille puhul lähim projekt oleks võimeline aitama*. Käsitluse radikaalsus seisneb selle asjaolu tunnistamises, et hindamine on töölenaasmisprotsessi võti ning mitte juhuslik lisafunktsioon. See on üles ehitatud kliendikesksele lähenemisele, mispuhul klientidel eeldatakse ratsionaalset tegutsemist. Kirjeldatud mudel hindab ootusi, määratleb probleemid ning jõuab nii plaanini, mis on kliendi jaoks aksepteeritav sõltumata teenuse pakkujast.

Järgneb
© David Imber. Tõlkinud Inga Mölder

² SMART – ingl.k. “arukas” – lühend sõnadest *Specific* (selgepiiriline), *Measurable* (mõõdetav), *Agreed* (kokkulepitud), *Realistic* (tegelikkust arvestav), *Time Bound* (ajastatud) - Toim.

19. juunil 1925 tegi EV Riigikogu Eesti hoolekande arengu seisukohalt ajaloolise otsuse – vastu võeti hoolekandeseadus. Esimese hoolekande seaduse 80. ja kehtiva sotsiaalhoolekande seaduse 10. aastapäeva tähistamiseks korraldavad

**Tartu Ülikool, EV Sotsiaalministeerium ja Tartu Linnavalitsus
6.–7. oktoobril 2005 Tartus rahvusvahelise konverentsi**

**“80 aastat organiseeritud hoolekannet Eestis –
minevikukogemused ja tulevikuootused”**

Ettekandeks on andnud nõusoleku R. Rahuoja Eestist, M. Kautto Soomest, S. Johansson Rootsist, J. Halloran ja A. Adams Suurbritanniast, R. Fasol Itaaliast, W. Lorentz ja F.W. Seibel Saksamaalt.

Konverentsist oodatakse osa võtma poliitikuid, teadlasi ja õppejõude, sotsiaaltöötajaid ja sotsiaalvaldkonna administraatoreid, hoolekande naabererialade (tervishoiu, hariduse, kriminaalhoolduse jt.) spetsialiste, üliõpilasi.

Konverentsil käsitletavad teemad:

- Euroopalik sotsiaalmudel ja hoolekande koht selles. Igaühe õigus hoolekandeteenustele.
- Eesti sotsiaaltöö väärtused, põhimõtted ja sotsiaaltöö eetika. Hoolekande võimalused, vajadused ja areng.
- Sotsiaalteenused ja/või toetused parima toimetuleku saavutamise teenistuses. Teenuste osutamise geograafia, kvaliteet, klientide rahulolu teenustega.
- Hoolekandeteenuste delegerimine riigilt omavalitsustele, teenuste osutamise mudelid (turud, võrgustikud, hierarhiad).
- Tulunduslik ja mittetulunduslik põhimõte hoolekandes, erahoolekande perspektiivid ja institutsionaalne hoolekanne ning perekonnas hooldamine – selle tänapäev ja tulevik.
- Sektoritevaheline (hoolekanne-tervishoid, hoolekanne-haridus, hoolekanne-tööturg, hoolekanne-kriminaalhooldus) koostöö ja töö sihtgruppidega (noored, perekonnad, puuetega inimesed, eakad, sotsiaalprobleemidega tööealsed) - probleemid ja perspektiivid.
- Juhtumikorraldus sotsiaaltöö meetodina – kogemused, tulemused, probleemid.

Konverentsi korraldajad ootavad pakkumisi ettekande tegemiseks **1. augustiks 2005** (teema ja lühikokkuvõtte plaanitud ettekandest kuni pool lehekülge) TÜ sotsiaalpoliitika õppetooli telefonil e-posti aadressil karmel.saveljev@ut.ee

Ettekandjad on vabastatud osavõtumaksust.

Osavõtumaks:

Enne 1. augustit 2005 registreerumisel 200 kr (1 päev 150 krooni), pärast 1. augustit 2005 registreerumisel 250 krooni (1 päev 200 krooni).

Osavõtumaksu sees: konverentsi materjalid (ettekannete või teeside koopiad), kohvipausid ja lõunasöök, Tartu Linnavalitsuse vastuvõtt, ingliskeelsete ettekannete sünkroontõlge.

Registreerimine konverentsist osavõtuks ja lisainformatsioon:
<http://www.so.ut.ee/spol/shk>
Korraldustoimkonna nimel Jüri Kõre, TÜ sotsiaalpoliitika dotsent

Mis on IFCW ehk *International Forum for Child Welfare*



SÜNDMUS

Ene Tomberg

Lastekaitse Liidu vanematekogu liige

Pea igas riigis on loodud laste kaitseks ja lastele toeks lastekaitseorganisatsioone. Eestis nimetaksin neist suurematena Lastekaitse Liitu, UNICEF'i Eesti Rahvuskomiteed ja Eesti Lastefondi. Maailmas on selliseid lastekaitseorganisatsioone nagu Lastekaitse Liit ja Eesti Lastefond sadu ja tuhandeid. Et võtta vastu rahvusvaheliselt kehtivaid otsuseid, millel oleks kaalu Ühinenud Rahvaste Organisatsioonis, Euroopa Liidu juhtivorganites ja mujal, on lastekaitseorganisatsioonidel vaja ühineda, et need otsused kajastaksid eri maade laste huve.

1989. aasta juunis otsustasid 38 rahvuslikku katusorganisatsiooni, mis ühendasid kokku 300 lastekaitseorganisatsiooni, üheskoos asutada **Rahvusvahelise Lastekaitse Foorumi**, mille ingliskeelseks lühendiks ongi tähekombinatsioon IFCW. Ühinemine toimus meie naabermaal Soomes, Haikkos. On meeldiv märkida, et üheks asutajaks oli Lastekaitse Liidu esimene president, lastearst Leo Tamm.

Suures maailmas ei toimu midagi kiiresti – tuli otsida asjast huvitatuid, leida neid, kes rahaliselt toetaksid ja aitaksid, aitaksid püstitada eesmärgid ja põhjendada, milleks organisatsiooni on vaja. Kõike seda tehti nelja aasta jooksul enne Haikko konverentsi. Erilist osa uue organisatsiooni ellukutsumises mängisid Sir Leslie Kirkley ja ühe suurema lastevägivalla vastu võitleva Ameerika organisatsiooni president Alan Davis. Neist esimene suri kahjuks 6 kuud enne Haikko konverentsi, jõudmata näha oma suure töö vilju. Tema mälestuseks loodud Kirkley-fond on aastate jooksul aidanud eeskätt arenevate maade esindajatel saada rahalist tuge aastakonverentsist osavõtuks (2002. a Honolulu konverentsi ajal toetas see fond ka meie esindajat).

IFCW on osalenud ÜRO lapse õiguste kon-

ventsiooni väljatöötamisel ja selle tutvustamisel paljudes riikides. Nii külastas tollane president Alan Davis ka Eestit, aidates riigijuhtidega peetud vestluste kaudu kaasa konventsiooni kiirele vastuvõtmisele Eestis. Eeskätt aitab IFCW oma tegevusega leida lahendusi paljudele laste probleemidele kogu maailmas, mistõttu 1995. aastal anti organisatsioonile ÜRO konsultandi staatus.

Organisatsioonil on kaks eesmärki.

Esiteks, toetada võimalikult paljude riikide lastekaitseorganisatsioonide arengut liikmete koolitamise, tegevuse osalise rahastamise ja strateegiate kujundamise kaudu. Teiseks eesmärgiks on tähelepanu juhtimine laste kriitilisele olukorrale ning vajadusele järgida ÜRO lapse õiguste konventsiooni nõuete täitmist kõigis konventsiooniga ühinenud riikides, seades igas otsustuses ja seadusandlikus aktis lapse huvid esikohale. **Igal aastal toimub IFCW aastakoosolek koos konverentsiga**, millest võtavad osa liikmesriikide ja konverentsi korraldava maa valitsuse ning ühiskondlike organisatsioonide esindajad. Koos kujundatakse seisukohad laste elus oluliste küsimuste lahendamiseks. Inglismaal, Costa Ricas, Austraalias, Iirimaa, USA-s, Soomes, Argentiinas jt riikides toimunud aastakonverentsidel on enim tähelepanu pööratud laste haridusele ja selle tagamisele arenevate riikide lastele, alaealistele õigusrikkujatele, sõjaolukorras elavatele ja erivajadustega lastele. Arutatud on laste psühhosotsiaalse arengu toetamise, uimastite ja narkomaania ning HIV-nakkuse leviku peatamise, lastega kaubitsemise, lastele suunatud vägivalda pidurdamise võimalusi. Aruteludega paralleelselt külastatakse lastekaitseorganisatsioonide poolt läbiviidavaid projekte, mis võimaldavad saada kogemusi seesuguseks tegevuseks läbiviimiseks ka omal maal, sõlmida kontakte töötegitajatega, kellelt tulevikus nõu küsida. Viimastel aastatel on püütud anda aastakonverentsidel sõna ka lastele

endile. Arvestades, et korraldava maa riigivõimu esindajad on aastakonverentsile kutsutud, on lastel võimalus rääkida oma probleemidest mõjuka kuulajaskonna ees.

Miks korraldatakse 2005. aasta koosolek ja konverents Tallinnas? Lastekaitse Liit on IFCW-le olnud hea partner, osalenud mitmete laste olukorda kajastavate ülevaadete koostamisel. President Rolando Quiros'e sõnusti on aeg tulla tagasi Euroopasse ja keskenduda laste probleemidele selles regioonis. Kuna korraldajamaa esindajatel on alati õigus kaasa rääkida konverentsi teemade valikul, leidsime, et kõige olulisem küsimus nii meie kui teiste Euroopa riikide lastele on vaesus ja sellega kaasnevad probleemid nii lapse, pere kui ka kogukonna suhtes.

Informatsiooni konverentsist saab Lastekaitse Liidu koduleheküljelt www.lastekaitse.liit.ee.

Kohtumiseni septembris konverentsil!

IFCW 16. aastakonverents 2005

19.-22. september 2005
Reval Hotell Olümpia, Tallinn

Lapsed vaesuses

Lapsekeskne vaatenurk.

Vaesuse peegeldumine lapse elus

Lapsevanema vaatenurk.

Vaene vanemapõlv

Sotsiaalpoliitiline vaatenurk.

Ühiskonna ja riigi
võimalused vaesuse
leevendamiseks

Registreerimine Lastekaitse Liidu
kodulehel, tähtaeg 1. august 2005.

Balti riikide ning Venemaa
esindajatele soodushind 900 kr

Koduta lapse päeva

Maris Saar

15. aprillil toimus Tallinnas koduta lapse päeva konverents "**Mis on parim koduta lapsele ja noorele**", mida korraldasid Eesti Orvuna Kasvanute Liit ja MTÜ Noorte Kodupaik. Konverentsi eesmärk oli arutada lastekodude, perehoolduse ja noortekodude probleeme ning eripära. Konverentsi ettekannetes võrreldi omavahel erinevaid asendushoolduse vorme – lastekodu kui traditsiooniline lahendus, perehooldus kui loomulik lahendus, noortekodu kui alternatiiv olukorras, kus kõigil lastel ei ole hooldusperesid ja lastekodu ei sobi.

Priit Sutt Eesti Laste Hoolekandeesutuste Juhtide Ühendusest toonitas oma ettekandes, et ei peaks vastandama peres hooldamist ja lastekodusid. Mõlemad hooldusvormid on vajalikud, sest raskemate probleemidega lapsi tavaline hoolduspere aidata ei suuda. Lastekodudel on valmisolek arenguks, plussiks on pikaajalised traditsioonid.

Hooldusperede teemal rääkis Tallinna Sotsiaal- ja Tervishoiuameti peaspetsialist **Reet Rääk**. Perehoolduse eelisteks võrreldes lastekoduga võib pidada seda, et see tagab lapsele püsivad inimsuhted, peremudeli ja kasvatus järjekindluse ning võimaldab paremini arvestada lapse eripära. Probleemid on aga selles, et hooldusele ei võeta keerulise taustaga lapsi; paljudel peredel ei ole piisavalt võimalusi ja oskusi lapse eest hoolitsemiseks; pered vajaksid rohkem abi ja toetust.

Maria Koidu MTÜ-st Noorte Kodupaik pööras oma ettekandes tähelepanu probleemidele asendushooldusel kasvanud noorte elluastumisega. Noortel tekib raskusi eluaseme saamise ja hariduse omandamisega. Palju probleeme tekib ka seoses sellega, et noor ei ole iseseisvaks eluks valmis: tal puudub enda eest vastutamise oskus, isemajandamise kogemus ja oskus rahaga ümber käia. Tihti ei teata ka enda õigusi. Iseseisvaks eluks ettevalmistamisel oleks heaks vaheetapiks noortekodu, kuhu võiksid tulla ka need noored, kellel vajadus

a konverents

asendushoolduse järele tekkis alles teisemeas. M. Koidu sõnul on noortekodu vaja ka seetõttu, et noorte vajadused ja probleemid erinevad väiksemate laste omadest ja nad vajavad rohkem privaatsust.

Osavõtjad olid ühel meelel, et puudub üks ja ainuke ideaalne lahendus ning et oluline on arvestada eelkõige lapse ja tema vajadustega. Samas tuleks püüda selle poole, et hooldusvorm oleks parim nii lapsele, hooldajale kui ka lapse bioloogilistele vanematele. Sobiva hooldusvormi leidmisest ei ole vähem tähtis noortele iseseisvasse ellu astumiseks soodsate tingimuste loomine, mille suhtes võiks abi pakkuda riik või kohalikud omavalitsused. Kuigi tuleb tõdeda, et hetkel jääb puudu kompetentsist, võib öelda, et praegune süsteem liigub õiges suunas. Võtmesõnaks on koostöö ning oluline on vastava koolituse ja koostöövõrgustike laiendamine. Üha enam arvestatakse lapse arvamuse ja vajadustega ning püütakse selle poole, et saada võimalikult palju teada juba iseseisvasse ellu astunud noorte käekäigust, analüüsida olukorda süstemaatilisel ja rakendada sobivaid järeltegevusi.



SÜNDMUS

Üheks hoolekandevormiks vanemliku hoolduseta lastele on SOS Lasteküla. SOS Keila Lasteküla tähistas 16. juunil oma 10.sünnipäeva. Pildi joonistas Marju SOS Lasteküla kunstiringist

Lapsed kirjutavad

Konverentsil tehti kokkuvõtte lastekodu ja noortekodu lastele korraldatud kirjandusvõistlusest "Nagu päris kodu". Võitjateks osutusid 18-aastane Reelika MTÜ Noorte Kodupaigast, 18-aastane Jana Voka lastekodust ja 13-aastane Edvin Kuressaare lastekodust. Ainsana kirjutas luuletuse 9-aastane Natalja, kes sai selle eest eriauhinna. Mõningaid mõtteid kirjanditest:

Edvin, 13. a: "Alati ei pea kõik olema täiuslik, kuid tegelikult peaks olema õnnelik selle üle, mis lapsel on lastekodus ja mis tal ei oleks võibolla siis, kui ta elaks oma päris kodus, kust ta on ära eraldatud."

Reelika, 18. a: "Kasupere ei pruugi mõista lapse muret, (individuaalne) mis oleks lapsele tähtis, samuti ei pruugi lapse ja kasupere vahel häid suhteid tekkida, kuna ei mõisteta üksteist. See tähendaks seda, et tuleks uus kasupere leida, kuid ka sellega ei pruugi vedada, kõik see katsetamine ja läbielamine mõjub lapsele rängalt, seda ei pruugi üldse näha, aga nii see on."

Jana, 18. a: "Probleeme valmistab ka see, et lastekodulastel on ühiskonnas halb maine. See pole aus, et üks laps teeb midagi halba ja kõik lastekodulapsed on selle tagajärjel halvad. Ma ei saa ju vastutada teiste tegude eest. Ühiskonnas on levinud arvamused, et lastekodulapsed on kõik SEL-LISED; ma ei tea, mida nad SELLISTE all silmas peavad ja ilmselt ei tea nad seda isegi."

Mihhail, 17. a: "Mul on suur hirm. Kui ma välja tulen, ei tea ma, mida hakkavad tegema, mul pole haridust ja ma ei pruugi töökohta saada. Võin hätta jääda – see on väga hirmus."



Politseiametniku pensionist

Tallinna Pensioniameti pensionikomisjon otsustas mitte määrata kod. B-le politseiametniku pensioni. Otsuse üle vaadanud keskpensionikomisjon jättis selle otsuse muutmata.

Heli Sildmäe

Sotsiaalministeeriumi sotsiaalkindlustuse osakonna peaspetsialist

Keskpensionikomisjon leidis, et politseiteenistuse seaduse (PolTS) kohaselt tekib politseiametnikul, kellel on vähemalt 20-aastane politseiteenistuse staazh, õigus politseiametniku pensionile 50-aastaselt. Kod. B vabastati politseitöölt 48 aastasena. PolTS eesmärk on võimaldada politseiametnikel, kes on politseiteenistuses olnud vähemalt 50-aastaseks saamiseni, minna vähemalt 20-aastase staazhi olemasolul pensionile. Seaduse eesmärk ei ole võimaldada isikutel, kes on 20-aastase teenistuse järel politseist lahkunud, taotleda 50 aasta vanuselt politseiametniku pensioni.

Kaebus halduskohtule

Otsusega mittedõustunud kod. B esitas kaebuse halduskohtule, taotledes otsuse tühistamist ning ettekirjutuse tegemist politseiametniku pensioni määramiseks. Hageja leidis, viidates siseministri asjasepuutuvatele määrustele, et Politseiteenistuse seadust on tõlgendatud vääralt ning pealegi olevat see seadus vastuolus põhiseaduse §-ga 12.

Halduskohus jättis kod. B kaebuse rahuldamata, leides, et PolTS on kohaldatud õigesti. Kodanik vabastati teenistusest 48-aastasena, seega 50-aastaseks saades ta enam polnud politseiteenistuses, kuid PolTS kohaselt tekib selles vanuses õigus politseiametniku pensionile vaid politseiametnikul. Kaebaja viidatud siseministri määrused omavad tähendust vaid politseiametniku pensioni ümberarvutamise seisukohast ega ole konkreetse kodaniku puhul kohaldatavad, kuna talle pole määratud riiklikku pensioni, mille ümberarvutamist ta saaks taotleda.

Otsusega mitte rahuldunud kod. B esitas

apellatsioonkaebuse palvega halduskohtu otsus tühistada.

Otsus ei kuulu muutmisele

Ringkonnakohus leidis kaebuse läbi vaatamise järel, et halduskohtu otsus on õige ning ei kuulu muutmisele. Täiendavalt märkis ringkonnakohus, et kuna apellandi suhtes PolTS ei ole kohaldatav, ei sõltu käesoleva vaidluse lahendus hinnangust selle seaduse sätete põhiseaduspärasusele ja sisule, mistõttu pole tarvis võtta seisukohta nende tõlgendamise ega põhiseadusele vastavuse küsimuses.

Ringkonnakohtu otsuse peale esitas kod. B kassatsioonkaebuse riigikohtule.

Riigikohtu halduskolleegiumi seisukoht kõnesolevas kohtuasjas oli kokkuvõtlikult järgmine. Kõik kod. B pensioni küsimuses ametivõimude ja alamate kohtuorganite poolt tehtud otsused on õiged ega kuulu muutmisele. Eraldi peatub riigikohus oma otsuses kassaatori väitel, nagu oleks tema puhul rikutud võrdse kohtlemise põhimõtet. Kolleegiumi arvates aga sellist rikkumist esinenud ei ole, mistõttu kassatsioonkaebus jääb rahuldamata.

Tunnustus ametiasutuse töötajatele

Kui vaadeldud kohtukaasuse kohta midagi kokkuvõtlikult öelda, siis vast eeskätt seda, et tegemist on juhtumiga, kus ametivõimu poolt esmatasandil langetatud otsus pidas vastu vaidlustamise kõigis võimalikes instantsides. Pensionikomisjoni otsuse tunnistasid õigeaks nii keskpensionikomisjon kui ka kõigi kolme astme kohtud. See on tunnustus piirkondliku ametiasutuse, käesoleval juhul Tallinna Pensioniameti töötajate oskusele seadusi kohaldada ja tõlgendada, samuti nende rakendamist vajaliku põhjalikkusega põhjendada. Jääb ainult soovida, et analoogilise skeemi alusel kulgevaid kohtuasju oleks võimalikult rohkem.

Hospiitsiteenus – unustatud põhimõtted uues kuues

Reeli Sirotkina, MSW, Tartu Ülikool

Tihti kirjutatakse sotsiaal- või tervishoiuteenustest, kuid surevale inimesele mõeldud teenused pole siiani sotsiaaltöö vaatenurgast käsitletud. Niisiis proovin siinkohal lahti seletada, mis on hospiitsiteenus ja miks tuleb sellest rääkida.

Võib öelda, et surm ja suremine on kaks erinevat kontseptsiooni, kuigi omavahel tihedasti seotud. Suremine on *protsess*, mis viitab elu lõppemisele ja on osa elust. Surm on *siündmus*, mis näitab bioloogilise elu ning elufunktsioonide lakkamist. Surm tähendab elu lõppemist. Inimesed käsitlevad surma olenevalt kultuurikeskkonnast ja ühiskonnas valitsevatest väärtustest (Benedict, viidatud Martocchio 1982). Surma võib suhtuda kui anomaaliasse. Sel puhul ei osata suremist seletada ning vastavalt sellele esitab inimene endale järgmisi küsimusi: kas surevad inimesed tuleb teistest isoleerida; kas enne füüsilise surma saabumist kogeb inimene sotsiaalset surma.

Sureva patsiendi ravi nimetatakse üha sagedamini hooldusraviks. See mõiste sisaldab nii vaevuste leevendamist kui ka omaste toetamist. Hooldusravi sisaldab ka eksistentsiaalseid kujutlusi surija saatmisest teele, koju või värvasse, kust ei ole tagasiteed. (Vainio 1998)

Haigla tingimustes ei saa rahuldada sureva inimese vajadusi, kuna sealne tehnoloogia ja haigla meeskond töötavad inimese ravimise ja elus hoidmise nimel. Alternatiivina Ameerika Ühendriikidest alguse saanud hospiitsiliikumine on välja töötanud hooldussüsteemi, mis muudab sureva inimese elu võimalikult mugavaks. (Stephenson 2000)

Haiglas muutub inimene “maohaavandiks” või “jalalumurruks” – toimub depersonifitseerimine. Hospiitsi eesmärk on surija valude vähendamine ja sotsiaalsete, psühholoogiliste

Elu lõppfaasis, enne surma, vajab inimene mitmekülgset toetust, hooldust ja abi. Oluline on arvestada inimese enesemääramisõigusega ja inimvääriskusega.

ning spirituaalsete vajaduste rahuldamine. Hospiits asendab meditsiiniteaduse impersonaalsed eesmärgid ja kasu saamise eesmärgid humanistliku taotlusega parandada surija ja tema lähedaste elukvaliteeti. (*ibid*)

Eestis on riigi tasandil hakatud rohkem rääkima avahooldusest ja eakatele pakutavate hoolekandeteenuste diferentseerimisest (nt *Sotsiaalteenuste arendamise poliitika alusdokument* 2000).

Väidetavalt on surm inimese viimane kriis, millega tal tuleb suuresti ise toime tulla.

Hospiitsi kontseptsioon

Keskajal tähendas hospiits mugavat puhkamisvõimalust ränduritele. Hospiits tähendas külalislahkust ning kogukonna hoolivat suhtumist. Tänapäeval ei tähenda hospiits mitte ainult ehitist, vaid kujutab endast tervishoiu kontseptsiooni surevatele inimestele ja nende perekondadele. Asutusi, kus leevendatakse suremisega seotud füüsilisi ja emotsionaalseid kannatusi, nimetatakse hospiitsideks (Martocchio 1982).

Termin *hospiits* on tuletatud ladinakeelsetest sõnadest *hospes* ja *hospitium*. *Hospes* tähendab külalist või peremehele võõrast inimest ning *hospitium* on ehitis, mille all mõistetakse külalistemaja. (Talbot, viidatud Manning 1984)

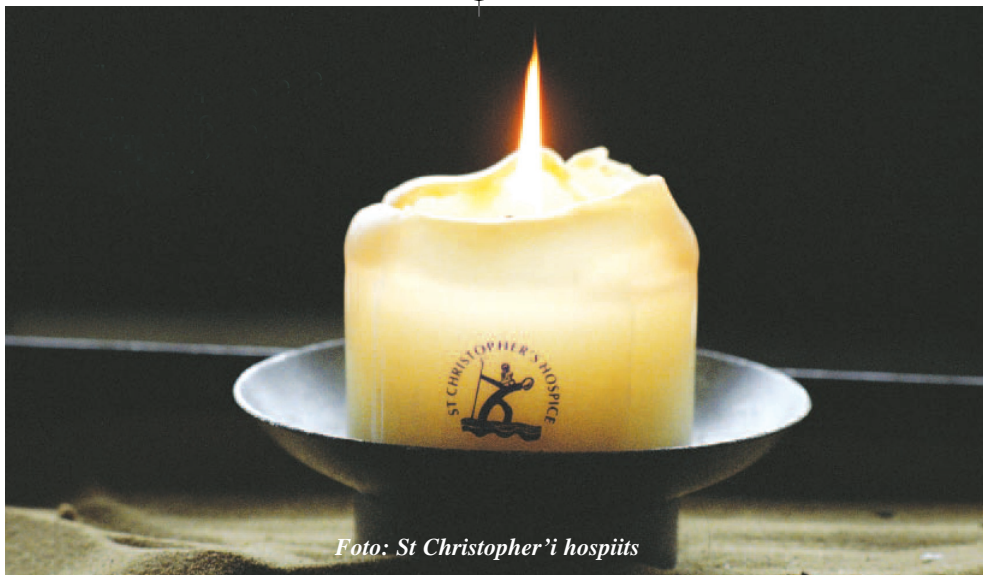


Foto: St Christopher'i hospiits

Londoni St Christopheri hospiits (asutatud 1971) koos selle asutaja dr Cicely Saunders'iga on nüüdisajal kõige tuntum. See asutus kasvas välja St Josephi hospiitsist, kus hoolitseti surijate eest üle 70 aasta. Saunders töötas välja efektiivsed valukontrolli tehnikad. (Stoddard, viidatud Kimmel 1980)

Gilbert (1998), viidates Josefina Magno (Rahvusvahelise Hospiitsi Instituudi president ja Hospiitsi Arstide Akadeemia president) definitsioonile väidab, et hospiitshoolitus on hoolduse kontseptsioon. Hospiitshoolituse all mõeldakse tööd, mis kestab 24 tundi ööpäevas ja seitse päeva nädalas. Hospiitshoolituse puhul on rõhuasetus palliatiivmeditsiinil¹ ja toetaval võrgustikul, mis aitab lähedasi ja surevat inimest suremise perioodil.

Hospiitsi kujunemise aluseks olev kontseptsioon (Manning 1984) lähtub inimese vajadustest ja nende rahuldamisest interdistsiplinaarse meeskonnatöö abil. Kontseptsiooni aluseks on 6 prioriteeti (*ibid.*):

1) Valu peetakse eelkõige vähki põdevate inimeste probleemiks, kuid selgus, et 75% hospiitsides viibivatest inimestest tunneb valu (Manning 1984). Hospiitsi puhul käsitletakse valu kolmel tasandil: füüsiline düskomfort, valu tajumine ja emotsionaalne vastus valu-aistingule. Kõige olulisem on valu kõrvaldamine, sest inimene peab suutma kontrollida oma olukorda ja olema tasakaalus nii füüsilises, vaimses kui emotsionaalses mõttes.

2) Suhtlemine on oluline mitmes mõttes. Inimene vajab informatsiooni oma haiguse kohta ja nõustamist selles, kuidas edasi toimida. Hospiitsi puhul kujuneb suhtlemine inimliku hoolituse osaks. Arsti ja patsiendi suhtlemises peetakse oluliseks usaldussuhet ja tõe (Kübler-Ross, viidatud Manning 1984). Tõe teatavakstegemisega antakse inimesele võimalus otsustada, kuidas viimaseid kuid ja päevi veeta. Tõe ravimatust haigusest annab patsiendile võimaluse surmaga seotud asjaolud emotsionaalselt ja vaimselt läbi töötada. Küsimusele "*kui palju sa teada tahad*" võib inimene vastata nii, nagu ta peab seda vajalikuks, see on tema valik. Valikuvabadus tõstab inimese väärikust. Tõde on oluline ka perele ja lähedastele, sest see annab neile võimaluse näidata oma tõelisi tundeid ja jagada mõtteid. Inimene saab jagada oma hirmu ja teadmatust ning kogeb mõistmist. Tavaliselt tunnevad inimesed enne surma hirmu kolme asja ees. Kardetakse suremise protsessi (valu, üksindus), mitteeksisteerimist (teadliku elu kadumine) ja seda, mis saabub pärast surma (kohtumõistmine ja karistus). (Choran, viidatud Brown, Evans 1986). Hooldustöötajaga saab inimene jagada oma emotsioone, tundeid ja mõtteid, mis tekivad seoses surma lähenemisega.

3) Hospiitsi puhul tähendab hoolitsev meeskond ravi asemel hoolimist, toetust ja empaatilist kohtlemist selleks väljaõppe saanud meeskonnalt. Kõige sobilikumaks peetakse igapäevaste piasiasjade jätkuvat sooritamist, mis iseenesest mõjub terapeutiliselt (Pattison, viidatud Steffl 1984). Toetust saab kõige lihtsamini väljendada oma füüsilise kohaloleku ja empaatilise kohtlemisega. Empaatiiline suhe sõltub paljuski sellest, missugune on hooldustöötaja nägemus

¹ Palliatiivne ravi – elukvaliteeti säilitav terviklik ravi haigetele, kelle tervenemine ei ole enam võimalik. Toim.

surmast ning suhe sureva inimesega. Surma võib käsitada kolmel viisil: impersonaalselt, interpersonaalselt ja intrapersonaalselt (Kastenbaum, Aisenberg, viidatud Brown ja Evans 1986). Impersonaalse nägemuse puhul ei hõlma surm lähedase kaotust, vaid sündmus tundub kaugel ja on seotud võõraste inimestega (sõjad, katastroofid). Hospiitsi töötajaid on süüdistatud impersonaalses hoiakus surma suhtes. Interpersonaalne lähenemine viitab emotsionaalsele seotusele sureva inimesega. Kaotusvalu on seotud mõne osa suremisega eneses. Seda lähte kohta peetakse oluliseks hospiitsi töötajate seisukohast, sest see aitab paremini mõista sureva inimese huve ja vajadusi. Surma nägemine interpersonaalse surmana võib aidata suhtuda inimesesse ja tema lähedastes suurema austuse ja tundlikkusega. Kõige raskem ja keerulisem on intrapersonaalne nägemus. See peegeldab inimese enda kaotust.

4) Hospiitsi puhul on oluline võimalikult kodune keskkond ja argipäevatoimingute jätkamine. Lähedaste juuresolek võimaldab surijal tunda end koduselt. Hospiitsis püütakse luua lähedasele tingimused, et nad saaks olla surija lähedal nii palju kui võimalik.

5) Hospiitsiteenust osutava meeskonna hariduses ja koolituses on oluline holistilise ehk terviklik, mitmekülgne käsitlus. Oluline on õdede koolitus, mille moodustavad teoreetiline kirjandus, loengud, filmid, psühhodraama kursused ja töö inimestega. Koolituse juures on tähtis enese tundmaõppimine ja surmatemaatika läbitöötamine. Hospiitsi töös tulevad kasuks koostöövalmidus, vaba tahe ja optimism (Manning 1984). Patsiendi füüsiliste ja psüühilisi vajadusi tuleb hinnata koos perega ja haigla töötajatega.

6) Kaotuse üle elanud inimesed on tavaliselt kõrge suitsiidiriskiga, tundlikud ja kannatavad stressi all (Pincus ja Parkes, viidatud Manning 1984). Sageli ravitakse stressi trunkvilisatoritega selle asemel, et vestelda ja jagada toetust. Hospiitsiteenus hõlmab tööd pere ja sõpradega ka pärast lähedase surma. Kaotusest on raske rääkida, mistõttu nõustamise puhul on kõige tähtsam kuulamisoskus ja mõõdukad edusammud.

Hingelised vajadused on tänapäeva arenenud ühiskonnas jäänud tagaplaanile kuna arstiteadusel on olnud palju võimalusi seoses vananemise ja suremisega elu pikendada. Teaduse ja religiooni võistluses on pragmaatilistel põhjustel tulnud võitjaks meditsiin, kuna arstidelt on tehnika ja arstiteaduse arenedes abi saadud. (Seale 2000).

On võimalik, et surija alles oma eluõhtul hakkab religioossetest teemadest huvituma. Tekkinud küsimusi arutatakse hooldajate ning sugulastega. Nii hooldajatele kui surijatele on selline ilmalikult surelikkuse ja religiooselt käsitatava omavaheline vastandumine võimaluseks jõuda selgusele iseenda vaimsetes ja religioossetes väärtustes. Julgustades vanureid oma mõtteid väljendama, aitavad hooldajad neil osa saada vaimsetest ja usulistest kogemustest, mis samuti on osa sureva patsiendi holistlikust hooldamisest (Mölder 2000)

Milles seisneb hospiitsiteenus

Elu lõppfaasis, enne surma, vajab inimene mitmekülgset toetust, hooldust ja abi. Hoolekandeesutuses ja haiglas pakuvad surijale tuge mitme eriala esindajad, et hoolitseda inimese eest mitmekülgset ja läheneda talle kui terviklikule isiksusele. Oluline on arvestada inimese enesemääramisõigusega ja inimväärikusega.

Hospiitsiteenust saab põhimõtteliselt pakkuda nii haiglas kui hooldekodus, nii asutuses kui ka avahooldusena. Surma saabumise takistamine oli haiglates seaduseks veel 1970. aastatel: üksnes mõni patsient suri elustamiskatseta (Vainio 1998). Tõsiasi, et surm on siiski nii või teisiti vältimatu, on äratanud laialdase ühiskondliku arutelu arstiabi piiridest (*ibid.*). On mõtlemapanev, et surma paratamatuse tunnustamine ei ole viinud palliatiivhooldesakondade rajamiseni ja hea hoolduse keskse koha tunnustamiseni meditsiinis. (Vainio 1998).

Põhiliselt tegelevad hospiitsitöötajad patsientide valu, üksinduse ja enesekontrolli probleemidega. Kuna selle töö iseloom on interdistsiplinaarne, eeldab see meeskonda, milles osalevad arstid, õed, halastusõed, sotsiaaltöötajad, ametnikud ja vabatahtlikud. Interdistsiplinaarne meeskond (IDM) kohtub iga nädal, et arutada iga patsiendi probleeme. Surija ja tema

lähedaste elukvaliteedi tõstmisel arvestatakse nende füüsiliste vajadustega ja pakutakse ka psühholoogilist ning sotsiaalset tuge. Hingelisi vajadusi ei saa suremise puhul alahinnata.

Hospiitsiteenus Eestis

Eestis pakuvad hospiitsiteenust praktiliselt kõik haiglad ja hooldekodud, kuid hospiitsi-kontseptsiooni tervikuna ei rakendata. Kontseptsiooni järgi on igal meeskonna liikmel oma ülesanded ja osa ülesandeid jaotatakse omavahel.

Surija hoolekandest tulevikus annavad parema pildi *Eesti hooldusravivõrgu arengukava ja Eesti haiglate arengukava aastani 2015* (2000).

Esimene määrab ära mõiste hospiitsiteenus ja teine lubab 6000–7000 pikaravi voodikohta aastaks 2015. **Surija õendusabi** (*hospice*) – õendusabiteenuste kogum, mille ülesanne on kindlustada surevale patsiendile inimväärne elust lahkumine, vähendades miinimumini vaevusi, luues sobiva sotsiaalse õhkkonna ning aidates elust lahkujal sooritada vajalikud juriidilised ning varalised toimingud. Surijale õendusabi ehk hospiitsiteenuste osutamiseks võib hooldushaiglas olla eraldi osakond. Mõlemad arengukavad viitavad Eesti püüdlustele parandada praegust sotsiaalteenuste süsteemi.

Sureva inimese elukvaliteedi parandamiseks on Eestis loodud järgmised võimalused:

- 1) Eesti Vähiliidu poolt juhitud vähihaigete kodune toetusarvistsüsteem töötab alates 1996. a.
- 2) koduteenused
- 3) pikaravihaiglad, hooldusravihaiglad, hooldekodud.

Erilises olukorras on SA EELK Tallinna Diakooniahaigla, kus töötab alates aastast 2002 norra partnerite rahalise abiga hospiitsosakond. Nende aastate jooksul on nad jaganud oma kogemusi ka teistele haiglatele.

Viidatud allikad

Brown K.A., Evans N. (1986). Dying, Death and Bereavement. *Adult Health Nursing: A biopsychological Approach*. / Kneisl C.R., Ames S.W. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company.

Cranmer K.W. (1997). Hospice Defined: Benefits, Problems and Regulatory Conflicts. *Nursing Home Medicine*. 7: 230-237.

Eesti haiglate arengukava aastaks 2015. (2000). Sotsiaalministeeriumi kodulehekülj: <http://www.sm.ee/gopro30/Web/gpweb.nsf/pages/Sotsiaalministeerium4>. 21/04/02.

Eesti hooldusravivõrgu arengukava. (2000). Sotsiaalministeeriumi kodulehekülj: <http://hooldusravi.tervishoiuprojekt.ee/docs/est/Hooldusraviarengukava.pdf>. 24/05/02.

Gilbert S. (1998). For Cancer Patients, Hope Add to Pain. *National Science*, 1998, 9.

Kimmel D.C. (1980). *Adulthood and Aging*. New York: John Wiley.

Manning M. (1984). *The Hospice Alternative*. Essex: Souvenir Press (E&A).

Martocchio B.C. (1982). *Living While Dying*. Maryland: Prentice – Hall Publishing and Communications Co.

Mölder I. (2000). Sotsiaalsed ja teoloogilised printsiibid vanurihingehoius. Bakalaureusetöö. Tartu: Tartu Ülikool, usuteaduskond, praktilise usuteaduse õppetool.

Seale C. (2000). Changing patterns of death and dying. *Social Science and Medicine*. 51: 917 - 930 <http://www.sciencedirect.com/>. 24/09/01.

Sotsiaalteenuste arendamise poliitika alusdokument. (1999). Sotsiaalministeeriumi kodulehekülj: <http://www.sm.ee/gopro30/Web/gpweb.nsf/pages/Sotsiaalministeerium3>. 22/03/02

Steffl B.M., Albert M.V.L. (1984). Loss, Grief and Death in Old Age. *Handbook of Geriatric Nursing*. / B.M. Steffl. Van Nostrand Reinhold Company.

Stephenson J. (2000). Palliative and Hospice Care needed for Children With Life-Threatening Conditions. *The Journal of the American Medical Association*. 284, 19: 2437 – 2438.

Säre M. (1998). Vanurite hooldekodud Tartus ja Tartu maakonnas: Hooldekodude keskkonnapsühholoogiline analüüs. Bakalaureusetöö. Tartu: Tartu Ülikool: Sotsiaalteaduskond, avaliku halduse ja sotsiaalpoliitika osakond, Sotsiaaltöö eriala.

Täiskasvanute üldtüüpi hoolekandeesutused 2001. aastal. (2002). Sotsiaalministeeriumi kodulehekülj: <http://www.sm.ee/gopro30/Web/gpweb.nsf/pages/Sotsiaalministeerium3>. 22/04/02

Vainio A. (1998). Palliatiivse ravi koht meditsiinis. *Palliatiivne ravi*. / Vainio A., Hietanen P. 7 – 12.

Rahvusvaheline seminar Tartu Ülikooli sotsiaalpoliitika õppetoolis

Reeli Sirotkina, projektijuht

2000. aastal alustas üheksa Euroopa ülikooli Euroopa sotsiaaltöö magistrikraadi õppekava väljatöötamist. Töö toimus SOCRATESe programmi *Curriculum Development* raames. Eesmärgiks seati ühtlustada õppekavad ja jagada praktilisi kogemusi sotsiaaltöö valdkonnas. Kolm aastat kestnud projektis osales ka Tartu Ülikooli sotsiaalpoliitika õppetool. Pärast projekti lõppemist 2003. a. alustasid Canterbury, Eichstädt-Ingolstadt'i ja Lille'i ülikool 2003./2004. õppeaastal õppetööd väljatöötatud õppekava alusel. Teised ülikoolid rakendavad õppekava 2005./2006. ja 2006./2007. õppeaastal. Magistriõppe kestuseks on kaks aastat ja õppetöö toimub paaripäevaste tsüklitena.

Teise õppeaastasse on planeeritud neli kümnepäevast seminari kõigi Euroopa magistrikraadi õppekava väljatöötamises osalenud ülikoolide osavõtul. Seminaride teemad rõhutavad sotsiaaltöö interdistsiplinaarsust: riskid, hoolekanne ja tervishoid, perepoliitika ja kultuurilised erinevused. Seminar kavatseti finantseerida SOCRATES`e programmi *Intensive Programme* (IP) kaudu. Sel õppeaastal õnnestus saada raha esimese rahvusvahelise seminari jaoks. 7.–16. maini toimunud seminari pealkirjaga **“Perekonna ja leibkonna toetamine Euroopas”** korraldas TÜ sotsiaalpoliitika õppetool. Seminaril osalesid Kuopio, Ostrava, Calabria, Canterbury, Trento, Lille'i, Eichstädti, Barcelona ja Tartu sotsiaaltöö magistriõppe tudengid ja õppejõud.

Seminar peredele ja leibkondadele suunatud hoolekandest

Sotsiaaltööl on rohkesti väljakutseid. Ühest küljest on sotsiaaltöötajate väljakutsed Euroopa Liidu kontekstis sarnased, näiteks töötus, vaesus, migratsioon jt. Teisest küljest on iga riigi sotsiaaltööl oma erisused,

näiteks sotsiaalpoliitika prioriteedid, sotsiaaltöö erialane taust jne.

IP seminari eesmärk oli süvendada sotsiaaltöötajate teadmisi perekonna ja leibkonna hoolekandest. Kitsam eesmärk oli võimaldada tudengitel hinnata perekonna rolli ja funktsioonide muutumist ühiskonnas ja vaadelda neid muutusi sotsiaalses, kultuurilises ja institutsionaalses kontekstis. Vaadeldi ka perekonna muutumist kogukonna taustal Itaalias, Prantsusmaal, Inglismaal, Saksamaal, Soomes, Hispaanias, Tšehhis ja Eestis. Sihtgrupiks oli valitud magistriõppe üliõpilased ja õppejõud. Seminaril sooviti kokku viia praktikud, uurijad ja tudengid, et jagada parimat kogemust, mis hetkel selles valdkonnas on saadaval.

Huvitavad ettekanded Hispaaniast ja Prantsusmaalt

Õppetöö toimus viiel päeval kella üheksast kuueni. Seminar oli üles ehitatud nii, et kõikide ülikoolide õppejõud ja üliõpilased saaksid esitada kuni 20-minutilise ettekande mõnel perepoliitika teemal. Kõik ettekanded kutsusid esile elava mõttevahetuse. Huvitavaim nendest oli Barcelonas asuva Ramon Llull'i Ülikooli tudengite ettekanne, mis käsitles ühte perede sotsiaalnõustamise võimalust – vahendamist. Konfliktide lahendamiks kasutatav meetod pärineb psühholoogiast ja toimib kultuurilistest erinevustest sõltumata. Samuti pakkus huvi Lille'i Ülikooli professori Emmanuel Jovelini ettekanne perevägivallast, mis käsitles lapsevanematele suunatud vägivalda. Laste vägivaldsust põhjendas professor sellega, et sotsiaalne kontroll on suures osas kadunud ja seetõttu vastutus hajub. Teismelised, kes ähvardavad sõnades oma vanemaid tappa, vajavad tegelikult abi, kuigi sotsiaalabiametisse jõuavad nende vanemad sellepärast, et lapsed neid peksavad.

Põhilised järeldused seminarist:

- rahvusvahelist sotsiaaltööd/sotsiaalpolii-

tikat on vaja tunda ka Eestis
 - koostöö ülikoolide vahel vajab intensiivsemat arendamist
 - võrdlevad uuringud on sotsiaaltöös vajalikud ja see suund vajab arendamist
 - perekonna roll ja funktsioonid on muutunud kõikides Euroopa riikides, mistõttu oleks vaja praktikute ja uurijate koostööd.

Keelenõu

Seekord tuleb juttu mõistete *määr*, *määratlema* ja *määrama* väärkasutusest.

"Eesti keele sõnaraamatu" (1999) järgi on *määr* – hulk, kogus; määratud hulk, nt intressimäär, palgamäär, pensionimäär, karistusmäär, toetusmäär. Kahjuks on hakanud levima sõnakombinatsioonid tööhõive määr, töötuse määr tähenduses tööga hõivatute (või hõivamata inimeste) protsent elanikkonnast. Siin ei ole kindlasti tegemist määraga, kuna tööhõive puhul ei saa rääkida määratud kogusest, tööhõivele pole seatud ülem- ega alammäära või -piiri. Mida rohkem inimesi on tööga hõivatud, seda parem. Seepärast on õige rääkida tööhõive ja töötusega seoses nende protsendist, osatähtsusest, osakaalust, mitte aga määrast.

Näiteks "N maakonnas suurenes tööhõive kvartalis 8,5%", "maikuu tööhõive oli 80% töövõimelisest elanikkonnast" jne. Siinkohal vaid üks suvaline näide ajalehest Postimees (25.05.2005), kus rahvastikuteadlane Kalju Laas kirjutab, et "kolme ja enama lapsega isade tööhõive määr on sama kõrge kui ühe- ja kahelapselistel isadel". Justnagu oleks noil isadel ette nähtud mingi kindel tööhõive tase, mida artikli autor ilmselt ei mõelnud. Niisiis on pika jutu lühike kokkuvõtte järgmine: mõistet *määr* ei sobi kasutada, kui pole tegu kindla hulga, koguse või normiga.

Viimasel ajal on hakanud levima ka mõiste *määratlema* ebasobiv kasutus tähenduses *määrama*.

EKS (1999) on kirjas, et *määratlema* tähendab defineerima, mõistet piiritlema; ei tähenda kindlaks määrama. Määratelu = määratlus, definitsioon. Määrateldus = määratletus, definitsioon.

Nii on näiteks sotsiaaltöös riskide puhul enamasti tegemist mitte nende määratlemisega (need on üldjuhul ammu defineeritud ja teada), vaid riskide kindlaks määramise, kindlakstegemise, väljaselgitamisega.

Paljudes artiklites on juttu toetuste määratlemisest seal, kus tegemist on hoopis toetuse määramisega. On raske öelda, miks on määratlema hakanud nihkuma kindlaks tegemise, kindlaks määramise kohale. Arvata võib, et selle taustaks on soov ametlikumalt, peenemalt väljenduda, tagajärjeks on aga mõistete hägustumine, nii nagu see on toimunud ka ajakirja eelmises numbris käsitletud mõistetega *seadus/seadusandlus*. Tegelikult on kõige õigem tarvitada kõigile tuntud mõisteid ja sõnu, sest eesti keel on loomuldasa nii rikas, et selles on võimalik ennast väljendada, ilma et teaduslik täpsus ja selgus kannataks.

Koostas Signe Väljataga

Edaspidi toimub seminaris osalenutele veebipõhine õpe diskussioonigruppides, mida juhivad ülikoolide koordinaatorid.

Kõik ettekanded pannakse lähitulevikus välja sotsiaalpoliitika õppetooli kodulehele <http://www.so.ut.ee/spol>

KOOLITUS

Tartu Ülikooli Suveülikool koos sotsiaalpoliitika õppetooliga viib läbi kursused Tartus:

Vananemine ja eakate elutingimused, 1.–3. august 2005

Õppejõud: R. Kiik, M.Sc ja R. Sirotkina, MSW
 Kursuse eesmärk on anda sügavamaid teadmisi vananemisest ja eakate elutingimustest Eestis; teadvustada vananemise erinevaid teooriaid ja perspektiive üksikisiku, perekonna ja kogukonna vaatenurgast.

Lapse ja perekonna hindamine, 8–10. august 2005

Õppejõud: M.Selg, MSW
 Kursus annab lühiülevaate lapse ja perekonna hindamise teoreetilistest alustest, keskendudes hindamise praktilistele küsimustele: eesmärgid, meetodid, korraldus.

Kaotuse mõju inimesele ja abi leinaprotsessis, 4–6.august 2005

Õppejõud: K. Saveljev, magister
 Kursuse eesmärk on anda teadmisi leinaprotsessist ja sellega seonduvast. Kuidas kaotus mõjutab inimese elu ning kuidas kaotusega kohaneda.

Lisainfo: Karmel.Saveljev@ut.ee, tel 737 5935, www.so.ut.ee/spol/av/taiend/ või www.ut.ee/av/taiendkoolitus/suvi

Tartu Ülikooli Pärnu Kolledzhi
SOTSIAALTÖÖ SUVEKOOL 2005

Teenuste arendamine läbi kogukonna- ja projektitöö

maht kokku 3 AP

16.–18. august 2005

TÜ Pärnu Kolledzhis (Pärnu, Ringi 35)
 Täiendav info ja registreerimine address1@www.pc.ut.ee

HIV-nakkuse testimine Eestis

Kristi Rüütel, Iveta Tomera

Tervise Arengu Instituut

Kvaliteetne nõustamine enne ja pärast HIV-testi loob eelduse riskikäitumise vähendamiseks ning võimaldab HIV-positiivseks osutunuil saada varakult tervishoiu- ja psühhosotsiaalseid teenuseid. Nõustamine ja testimine on oluline osa HIV-nakkuse ennetamisel.

HIV-nakkuse testimine peab olema igale inimesele kättesaadav ning arvestama erinevate sihtgruppide (noored, kutsetöö tõttu ohustatud, süstivad narkomaanid, prostitutsiooni kaasatud, rasedad, kinnipeetavad jt) vajaduste ja võimalustega, mis on seotud testimise, nõustamise ja konfidentsiaalsuse tagamisega.

HIV-nakkuse leviku järelevalve Eestis algas 1987. aastal. Järelevalvega tegelevad esmased diagnostikagrupid (32 tavasõeluuringlaborit), mis asuvad riigi kõigis suuremates meditsiiniautustes, ning referentslabor Tallinnas.

Eestis on HIVi testimine vabatahtlik, seda võib teha ainult inimese nõusolekul. Nakkushaiguste ennetamise ja tõrje seaduse alusel on aga kohustuslik doonorvere ja siirdatavate organite testimine. Samuti on kõik välismaalased, kes taotleavad ajutist elamisluba Eestis, kohustatud tegema HIV-testi.

Eestis testitakse HIV-nakkuse suhtes:

■ **AIDSi nõustamiskabinettides**, test on anonüümne ja kõigile tasuta. Testitakse ka süüfilise suhtes. Inimesi nõustatakse nii enne kui ka pärast testimist, nakatunud suunatakse infektsionisti juurde.

AIDSi nõustamiskabinettides pakutavad teenused:

- testieelne nõustamine
- tasuta, vabatahtlik ja konfidentsiaalne vere võtmine HIV-nakkuse ja süüfilise tuvastamiseks
- tasuta kondoomide jagamine
- tasuta infomaterjalide jagamine
- testijärgne nõustamine – vastus antakse kohapeal koos nõustamisega
- vajadusel tutvustatakse arstiabi ja toetusrühma võimalusi
- vajadusel nõustatakse ja pakutakse psühhosotsiaalset toetust HIV-positiivseks osutunud isikute vanematele ja lähedastele
- vajadusel järelnõustamine, korduv vere võtmine uuringuteks ja/või psühhosotsiaalse toetuse pakkumine.

Klient peab olema vähemalt 16-aastane (alla 16-aastane peab tulema koos saatjaga). Noorema kui 16-aastase kliendi puhul räägitakse kõigepealt nakatunu, seejärel tema vanematega. Üle 16-aastaste vanemaid teavitama ei pea.

■ **Noorte nõustamiskeskustes** (kokku 18 keskust, neist 3 Tallinnas) on kuni 18-aastastele nõustamine tasuta; alates 19. eluaastast on nõutav ravikindlustus ja on vaja avaldada oma nimi.

Noorte nõustamiskeskused pakuvad alla 25-aastastele mõlemast soost noortele tasuta

isikunõustamist seksuaal- ja reproduktiivtervise alal. Selle tegevuse eesmärk on soovimatute raseduste ja sugulisel teel levivate haiguste esinemise vähendamine noorte seas.

Programmi "Noorte reproduktiivtervise alane nõustamine ja sugulisel teel levivate haiguste ennetamine" rahastab haigekassa ning elluviimist juhib Eesti Pereplaneerimise Liit (EPPL, lisainfo koduleheküljel www.amor.ee).

■ **Kinnipidamisasutustes** tehakse kõigile kinnipeetavatele ettepanek testimiseks (Justiitsministri määrus nr 16 07.03.2002).

■ **Relvajõududes** soovitatakse ajateenijatel käia testimas (näiteks nõustamiskabinetis). HIVi testimine on aga kohustuslik, kui kaitsevaelane saadetakse õppima näiteks USAsse.

■ HIV-testi saab teha ka **pereasti juures**

■ **Eriarstide juures** tehakse HIV-testi järgmistel juhtudel:

- Kõigile rasedatele soovitatakse teha HIV-test (Sotsiaalministri määrus nr 118 31.10.2003 sätestab, et iga rasedat uuritakse arvelevõtmisel süüfilise ja HIV-nakkuse suhtes);
- Sugulisel teel levivaid haigusi põdevatele inimestele soovitatakse teha HIV-testi;
- Tuberkuloosi põdevatele inimestele soovitatakse teha HIV-testi.

Tabel 1. 1999.–2004. a. Eestis HIVi esmaslaborites tehtud uuringud HIV-nakkuse suhtes.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Uuritud isikuid	78 184	84 633	94 088	99 211	119 296	126 970
Tehtud analüüse	84 266	92 217	106 523	106 085	131 153	199 279
Avastatud HIV-juhte	12	390	1 474	899	840	743

Allikas: Merimetsa Nakkuskeskus

HIV-nakkuse uuringuks võetud vereanalüüs saadetakse esmaslaborisse (asuvad meditsiini-asutustes), kus seda analüüsitakse ühe tööpäeva jooksul. Esmapositiivne tulemus kontrollitakse üle kõrgspetsiifiliste testide abil referentslaboris, mis asub Lääne-Tallinna Keskhaiglas Paldiski mnt. 68. Esmapositiivse tulemuse kinnitamine referentslaboris on kohustuslik, kuna nii välditakse võimalikku eksitust. Analüüsi kontrollimise kohta saadab referentslabor kirjalikult kinnituse esmaslabori juhile, kes teatab selle analüüsi saatnud arstile. Esmaslabor patsiendile tulemust ei teata.

Analüüsi tulemuste tõlgendamine:

■ Negatiivne tulemus tähendab, et HIV-antikehi ei leitud. Analüüsi negatiivne tulemus võib olla väär, kui ei ole arvestatud viiruse peiteperioodiga (*window period*), mis võib kesta 4–8 nädalat.

■ Positiivne tulemus tähendab, et veres avastati HIV-antikehad. Esmapositiivne tulemus võib osutada valeks, kui patsiendil on tervisehäireid ja testsüsteem reageerib neile. Ka vast-sündinutel ja kuni 1,5-aastastel lastel ei saa määrata HIV-nakkust HIV-antikehade esinemise alusel, sest lapse verest võib veel üsna kaua leida ema organismist pärit antikehi, mis on tunginud lapse vereringesse platsenta kaudu. Seepärast peab referentslabor KÕIK esmapositiivsed tulemused kontrollima ja kinnitama.

■ Selgusetu tulemus tähendab, et esineb küll antigeen, kuid puuduvad antikehad või ei saa leitud antikehakombinatsiooni põhjal lõplikku otsust teha. Analüüsi tuleb korrata 2–4 nädala möödumisel.

Analüüside maksumus haigekassa hinnakirja alusel:

- anti-HIV-1/2 ja HBs-antigeeni uuring ELISA meetodil maksab 42 krooni
- viirusmarkeri määramine verest PCR-meetodil maksab 872 krooni
- süüfilise uuring (RPR ekspressdiagnostika) maksab 11 krooni.

NB! Eestis toimub HIV-nakatunute meditsiiniline jälgimine, täiendav uurimine, vajadusel ravimine, nõustamine ja võimalike kontaktide väljaselgitamine infektsionisti juhtimisel. Ka ravikindlustamata inimesed saavad minna infektsionisti vastuvõtule, sest riik tasub nendele vajalike minimaalsete tervishoiuteenuste eest.

Vabatahtlik nõustamine ja testimine (VNT)

Anonüümset vabatahtliku nõustamise ja testimise teenust pakuvad 6 AIDSi nõustamiskabinetti: kaks neist asub Tallinnas, ülejäänud Kohtla-Järvel, Narvas, Tartus ja Pärnus. Nende tööd koordineerib ja rahastab Tervise Arengu Instituut HIV/AIDS ennetamise riikliku programmi summadest.

AIDSi nõustamiskabinet on ette nähtud vabatahtlikuks ja tasuta HIVi ja sugulisel teel levivate haiguste alaseks nõustamiseks ning HIVi ja süüfilise testieelseks ja -järgseks nõustamiseks. Lisaks korraldavad kabineti töötajad regulaarseid väljasõite piirkonna kutsekoolidesse, süstlavahetuspunktidesse ja linnadesse, kus AIDS-i nõustamiskabinette ei ole. Töö eesmärk on tagada HIVi testimise ja nõustamisteenuse kättesaadavus kõigile soovijatele ning sihtrühmaks on kogu elanikkond, kuid eriti nakatumise ohurühmadesse kuuluvad isikud (süstivad narkomaanid ja nende seksuaalpartnerid, kaitsmata seksuaalvahekorras olnud inimesed, õnnetuse tõttu vigastatuna võõra verega kokku puutunud inimesed, prostitutsiooni kaasatud jne).

Kabinetti tulnud klienti nõustatakse, selgitatakse välja tema testimise vajadus, arutatakse, kui suur on HIV-nakkuse risk. AIDSi nõustamiskabinettides on kasutusel koodisüsteem: iga uuritav saab koodi, mille alusel väljastatakse hiljem testi tulemus. Nii negatiivne kui positiivne tulemus tehakse teatavaks kordusvisiidil, mitte telefoni teel. Lisaks HIV-testimisele ja nõustamisele pakutakse vajadusel kriisiabi ja psühhosotsiaalset toetust, tutvustatakse arstiabi ja toetusrühmade võimalusi ning vajadusel nõustatakse HIV-positiivsete vanemaid ja lähedasi, jagatakse tasuta kondoomi ja infomaterjale.

Nõustamiskabinettides tehtud HIV-nakkuse uuringud moodustavad keskmiselt 4–7% aasta jooksul tehtud uuringutest, kuid samas avastatakse 30–35% uutest HIV-nakkuse juhtudest kabinettides. Vereanalüüsi andnutest ei ilmuta oma testi tulemuse vastu huvi umbes 3% uuritutest.

AIDSi usaldustelefon alustas tööd 2002. aasta alguses. Hetkel töötavad infotelefon 645 5555 ja HIV/AIDSi ning uimastitelefon 1707.

HI-viirusega nakatunud inimeste ravi ja psühhosotsiaalne toetus

HI-viirusega nakatunud inimestele mõeldud abi neli komponenti on järgmised¹:

- 1) esmane arstlik läbivaatus, tervise seisundi jälgimine, ARV ja oportunistlike infektsioonide ravi. Kuna HIV-nakkuse tulemusena tekkivad terviseprobleemid on väga erinevad, võivad
- 2) haarata kõiki organsüsteeme ja kahjustada erinevaid organismi funktsioone, on patsiendi tõhusaks aitamiseks vaja meeskonda kaasata paljude erialade spetsialiste;
- 3) psühhosotsiaalne toetus: HI-viirusega nakatunud inimeste ja nende perede asjatundlik psühholoogiline ja juriidiline nõustamine ja tugigrupiteenus;
- 4) inimõiguste tagamine: olla vaba diskrimineerimisest, võimalus osaleda HIV/AIDSi ennetustöö kavandamises ja läbiviimises;
- 5) sotsiaalmajanduslik toetus.

¹ *National AIDS Programmes - a Guide to Monitoring and Evaluating HIV/AIDS Care and Support WHO 2004*

Arstlik läbivaatus

Kui inimese HIV-testi tulemus osutub positiivseks, siis arst, kes saatis vereproovi analüüsimisele, suunab patsiendi nakkushaiguste arsti juurde. Infektsionisti juhtimisel toimub meditsiiniline jälgimine, täiendav uurimine, vajadusel ravimine, nõustamine ja võimalike kontaktide väljaselgitamine.

HI-viirusega nakatunud kindlustamata inimeste esmase arstliku läbivaatuse kulud on kaetud erinevatest allikatest – näiteks Tallinna linnavalitsuse ja HIV/AIDSi riikliku programmi eelarvest. 2004. aasta I poolaastal on RP eelarvest tasutud 49 HI-viirusega nakatunud ravikindlustamata inimese minimaalsed tervishoiuteenused Tallinnas (eriarsti esmane ja korduv vastuvõtt, vereanalüüsid, tuberkuloosikahtluse korral kopsuröntgen, antiretroviirusraviga (ARV) alustamise vajaduse korral selleks vajalikud analüüsid ning ARV efektiivsuse hindamise analüüsid). 2004nda aasta II poolaastast rahastab neid teenuseid HI-viirusega nakatunud kindlustamata sinimestele Tallinnas ja Ida-Virumaal GFP. GFP summadest sai II poolaastal neid teenuseid umbes 120 ravikindlustamata isikut.

Ravi

Kvaliteetset kolmekomponentset viirusevastast ravi pakuvad Eestis AS Lääne-Tallinna Keskhaigla Merimetsa Nakkuskeskus (novembris 2004 81 patsienti), SA TÜK (4 patsienti novembris 2004) ja SA Ida-Viru Keskhaigla (5 patsienti novembris 2004). Eesti Infektsioonhaiguste Seltsi poolt töötati 2003. aastal välja ja kinnitati HIV-infektsiooni diagnostika ja ravi juhised. Antiretroviirusravimeid hangitakse tsentraliseeritult riigihanke korras ning kõigile ravi saajatele on need tasuta. Üks ravimitest – *Retrovir* – kompenseeritakse ravikindlustatutele Haigekassa eelarvest. Kuni 2004. aasta I poolaastani rahastati ülejäänud ravimite ostmist HIV/AIDSi riikliku programmi eelarvest, alates 2004. aasta II poolaastast aga GF summadest. RP rahastamisel maksis ühe patsiendi ravi aastas 100 000 krooni, GFP rahast on võimalik hankida ravimeid 50% odavamalt.

2003. aastal sai ravi 55 inimest. Hetkel saab ravi 151 inimest ning 2005. aasta lõpuks tõuseb ravivajajate hulk Merimetsa Nakkuskeskuse arstide hinnanguil u 200 inimeseni.

Psühhosotsiaalne toetus

Soovituslikult peab psühhosotsiaalne toetus olema kättesaadav võimalikult paljudele HI-viirusega nakatunud inimestele.

HI-viirusega nakatunud inimeste tugigrupiteenuseid pakuvad Eestis järgmised MTÜd:

- ESPO ühing ehk Eesti HIV-positiivsete Organisatsioon, mis loodi 1993. aastal ning tegutseb peamiselt Tallinnas. Loodud on eneseabigrupp ja päevakeskus seksuaalsel teel HIV-nakkuse saanud inimestele.
- MTÜ Convictus Eesti juhtimisel toimivad eneseabigrupid HI-viirusega nakatunud endisete narkosõltlastele Tallinnas ja HI-viirusega nakatunud vangidele 7 vanglas.
- MTÜ Narkomaanide ja Alkohoolikute Rehabilitatsioonikeskus “Sind ei jäeta üksi” – eneseabigrupid HI-viirusega nakatunud narkosõltlastele, HI-viirusega nakatunud naistele ja HI-viirusega nakatunute lähedastele, tegutseb Narvas.
- MTÜ Noorteabikeskus – erinevad psühhosotsiaalsed teenused HI-viirusega nakatunud inimestele, tegutseb Jõhvis.
- MTÜ LIGO – eneseabigrupp HI-viirusega nakatunud naistele, tegutseb Aidsi Ennetuskeskuse juures Tallinnas.

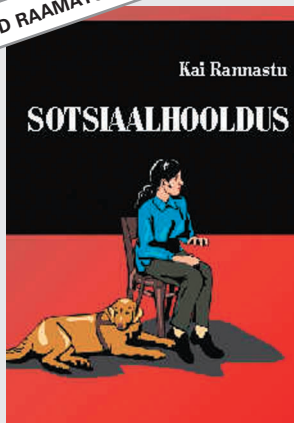
Hetkel on tugigrupiteenusega hõlmatud u 400 HI-viirusega nakatunud inimest, mis moodustab vaid ca 10% kõigist HI-viirusega nakatunutest.

Nõustamiskabinet	Aadress	Telefon	Lahtiolekuageg
Tallinna AIDSi nõustamiskabinet Merimetsa Nakkuskeskuses	Tallinn, Paldiski mnt. 62	645 5555	E, K, N 10.00–18.00 T 08.00–16.00 R 08.00–12.00
Tallinna AIDSi nõustamiskabinet AIDSi Ennetuskeskuses	Tallinn, Mardi 3	660 7871	T 15.00–19.00 R 14.00–18.00 L 12.00–15.00
Tartu AIDSi nõustamiskabinet Tartu Ülikooli Kliinikumi Nakkusosakonnas	Tartu, Lina 6	742 7611	E, R 10.00–13.00 T 14.00–17.00 K 08.00–11.00 N 15.00–18.00
Pärnu AIDSi nõustamiskabinet SA Pärnu Haiglas	Pärnu, Ristiku 1, kabinet C110	447 3388	E 15.00–18.00 T 14.00–17.00 N 08.00–11.00
Puru AIDSi nõustamiskabinet SA Ida-Viru Keskaiglas	Kohtla-Järve, Tervise 1	337 8825	E, N 08.00–11.00 T 16.00–19.00 K 15.00–18.00
Narva AIDSi nõustamiskabinet	Narva, Karja 6c	357 2848	E 12.00–18.00 T 10.00–16.00 K 12.00–16.00 N 13.00–19.00

Noorte nõustamiskeskuse asukoht	Aadress	Telefon
Elva Haigla	Elva, Supelranna 21	745 6058
Haapsalu Noorte Nõustamiskabinet	Haapsalu, Vaba 6	472 5815
Ida-Virumaa Noorte Nõustamiskeskus	Kohtla-Järve, Tervise 1	337 8728
Kuressaare Noorte Nõustamiskabinet	Kuressaare, Aia 25	452 0117
Narva Noorte Nõustamiskabinet	Narva, Haigla 2	357 1786
Otepää Noortekabinet	Otepää, Tartu 2a	766 8568
Paide Noorte Nõustamiskabinet	Paide, Tiigi 8	384 8150
Põlva Haigla Noorte Nõustamiskabinet	Põlva, Uus 2	799 4654
Pärnu Noortekeskus	Pärnu, Malmö 19	444 5362
Rapla Erapolikliinik Praxis	Rapla, Koidu 23	485 6263
Tallinna Noorte Nõustamiskeskus	Tallinn, Sõle 23	666 5810
Tallinna Noortekabinet	Tallinn, Hariduse 6	697 4777
Tallinna Noorte Nõustamiskabinet	Tallinn, Suur-Ameerika 18a	666 5123
Tartu Noorte Nõustamiskeskus	Tartu, Vaksali 17, II korrus	744 2086
Viljandi Maakonna Haigla Noorte Nõustamiskeskus	Pärsti vald	435 2076
Võrumaa Noorte Nõustamiskabinet	Võru, Jüri 19a	782 3328
Rakvere Noorte Nõustamiskabinet	Rakvere, Tuleviku 1 kab. nr 11	322 3990
Jõgeva Noorte Nõustamiskabinet	Jõgeva, Aia 31-46	772 2223

Infektsionisti vastuvõtu koht	Aadress	Telefon
AS Lääne-Tallinna Keskaigla nakkuskeskus	Tallinn, Paldiski mnt 62	659 8592
SA Ida-Viru Keskaigla	Kohtla-Järve, Tervise 1	337 8798
SA Narva Haigla nakkusosakond	Narva, Karja 6	354 8802
SA TÜK Sisekliiniku nakkushaiguste osakond	Tartu, Lina 7	747 4250
SA Pärnu Haigla	Pärnu, Ristiku tn. 1	447 3388

UUED RAAMATUD



Sotsiaalhooldus

Nõuded sotsiaalhooldaja tööle on viimastel aastatel oluliselt muutunud. Tänapäeva sotsiaalhooldaja ei ole enam ainult „appi ruttav hea inimene“, vaid klienti teadlikult hooldav, juhendav ja rehabiliteeriv isik. Seega erialase ettevalmistusega kompetentne töötaja, kelle tegevuse märksõnaks on kvaliteet.

Käesoleva õpiku koostamise ajendiks oli vajadus muuta sotsiaalhooldaja koolitus efektiivsemaks. Sotsiaalhoolduse eriala koolitajad on töötanud praktiliselt ilma kompaktselt õppematerjalita, kohandades kättesaadavat kirjandust. Õppekirjanduse olukord on paranenud kõrghariduse taotlejate jaoks, kuid sama vajab ka kutseharidus.

Õpik käsitleb täiskasvanud inimeste (puudega inimesed ja eakad) hooldust, kes vajavad igapäevast abi oma põhivajaduste rahuldamisel.

Autori eesmärk on siduda omavahel hooldustöö praktilised kogemused teoreetilise käsitlusega inimesest kui terviklikust süsteemist. Õpiku koostaja analüüsib mitmete autorite erinevaid teoreetilisi seisukohti, pöörates erilist tähelepanu eespool nimetatud sihtrühma sõltuvusele nii füüsilisest kui sotsiaalsest keskkonnast. Sobiva keskkonna üheks loojaks ja vahendajaks on sotsiaal-

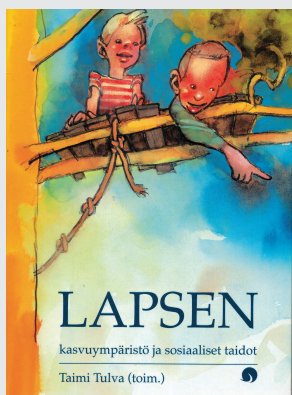
hooldaja oma teadmiste, oskuste ja väärtushinnangutega.

Õpiku sihtrühmaks on õppivad ja töötavad praegused ja tulevased praktilist hooldustööd tegevad inimesed ja nende koolitajad. Õpik on abivahendiks ka hooldusasutuste sisekoolituste läbiviimisel.

Õpiku koostaja töötab sotsiaalhooldajate koolitajana Kuressaare Ametikoolis alates 1997. aastast.

Ühtlasi ootab koostaja konstruktiivset tagasisidet ja ettepanekuid õpiku täiendamiseks.

Kai Rannastu, Kuressaare Ametikool kai@ametikool.ee



Lapse kasvukeskkond ja sotsiaalsed oskused

Selle pealkirja all ilmus maikuu (2005) Eesti ja Soome uurijate koostöös teaduskogumik, mille patrooniks oli doktor Pentti Arajärvi. Kogumik kirjastati Soome õpetus-, kasvatus- ja koolitusosalase organisatsiooni (*OKKA-säätiö*) projekti „Sotsiaalsed oskused“ raames. Raamat kirjastamise mõtet on kõigiti toetanud selle organisatsiooni juht, filosoofiadoktor Kimmo Harra. Soome ja Eesti kasvatus- ja sotsiaalteadlased on uurimismaterjalidele või töökojumele toetudes esitanud huvitavaid ning sisukaid küsimusi, mis pakuvad ainet diskussiooniks ning võivad ärgitada ette võtma uusi koostööprojekte.

Raamat valgustab laste kasvukeskkonna ja sotsiaalsete oskuste kujunemise ja kujundamise temaatikat Soomes ja Eestis. Mõlema maa kogemused töös laste ja peredega on kõnekad, on võimalik leida ühiseid valupunkte ning probleemide lahendamise viisideski on ühiseid jooni. Samas näib, et Eestis avaldavad ühiskonna kasvuraskused mõju eelkõige laste ja perede toimetulekule. Siitkaudu sugenevad kooliprobleemid, alaealiste kuritegevus ja narkootikumide kasutamine. Probleeme põhjustab ka perede majandusliku ebavõrdsuse

suurenemine. Neid küsimusi on käsitlenud Tallinna Ülikooli õppejõud Anu Leppiman, Anne Tiko, Taimi Tulva ning ülikooli doktorant Erki Korp. Eesti haridussüsteem vajab põhjalikku reformi, millega on ka alustatud. Soome eeskju väär järgimist. Esmajoones on tähtis see, et hariduslike võimaluste võrdsustamise põhimõtet arvestataks järjekindlalt algõpetusest ülikoolini.

Kuigi „elamise kunsti“ õpitakse kogu elu, vormuvad käitumis- ja toimetulekumustrid lapsepõlveaastatel. Laps vajab kindlustunnet ja stabiilsust, oma tegevuses piiride tunnetamist ning hästi toimivat perekonda enda ümber. Laps peres võiks olla traditsiooniliste väärtuste kõige kindlam hoidja, seda ka põlvkondadevaheliste sidemete mõttes. Et muutuvates oludes hästi toime tulla, vajavad lapsed sotsiaalseid oskusi, mille hulgas on esikohal suhtlemisoskused. Sotsiaalsete oskuste puudumise tõttu on paljudel õpilastel probleeme suhtlemisel eakaaslaste ja täiskasvanutega. Siit võib leida käitumisraskuste, vägivalda ja uimastite kasutamise, samuti koolikiusamise ning tõrjutuse põhjusi. Oluline on teada, kuidas laps tunneb ennast meie ajas ja ühiskonnas, kuidas kantakse hoolt laste ja perede eest. Vaja on teha rõhuasetus laste õiguste kaitsel.

Soomepoolsete artiklite autoritest on mitmed tuntud ka Eestis. Nendeks on Sirkka Puustinen-Niemelä (Savonia Ametikõrgkool), Ulla Härkönen (Joensuu Ülikool), Leena Kosmo (Savonlinna Tervisekeskus), Merja Laitinen (Lapi Ülikool), Mirja Satka (Helsingi Ülikool), Katja Forssen (Turu Ülikool) ja Tiina Väänänen (Hamina linn).

Teadusartiklite kogumiku (toim. T. Tulva) kaudu püütakse toetada mõtet, et täiskasvanud kuuluvad laste ja lapsed täiskasvanute maailma. Selle eesmärgi saavutamise eest kanname kõik vastutust.

Raamatut on võimalik osta Soomest, andes oma soovist teada meilitsi: okka-saatio@oaj.fi

Taimi Tulva, Tallinna Ülikool

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Стр. 9-13*Пирет Симмо, Министерство социальных дел**Дагмар Наруссон, Эстонская ассоциация социальных работников здравоохранения*

Разработанная ВОЗ международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) оценивает потребности и связанные со здоровьем человека условия, принимая в учёт влияющие на его здоровье факторы, его функциональную способность в повседневной жизни и взаимосвязь человека с непосредственно окружающей его средой. Опыт применения классификации в прибалтийских и северных странах обсуждался в мае 2005 г. на международной конференции в Таллине. Проведённый в реабилитационных и лечебно-восстановительных учреждениях Эстонии пилот-проект показал, что применение МКФ содействует улучшению взаимопонимания и сотрудничества между различными специалистами.

Министр социальных дел Яак Ааб: роль местного самоуправления в социальном попечительстве возрастёт. Стр. 18

В интервью, данном журналу, министр ознакомил с приоритетами правительства в области социального попечительства и ближайшими планами министерства социальных дел. По словам министра, полномочия и обязанности местного самоуправления в обеспечении благосостояния своих граждан будут увеличиваться и впредь, поскольку только таким образом возможен индивидуальный подход к каждому нуждающемуся в помощи человеку. Министр заверил, что поддерживает все хорошие начинания своих предшественников в области трудовой занятости и социального попечительства, признав, что их финансирование во многом зависит от возможностей государственного бюджета.

80 лет государственного социального попечительства в Эстонии. Стр. 22*Юри Кыфе, Тартуский университет*

В июне исполняется 80 лет со вступления в силу первого закона о попечительстве, принятого в Эстонской Республике. Закон 1925 года был во многом очень прогрессивным, и его положения до сих пор не утратили своей ценности. Так, принципами организации попечительских услуг в законе, между прочим, называются право каждого нуждающегося человека на своевременную помощь; поддержка независимого выживания и обеспечение трудовой занятости работоспособных граждан; профилактика социальных проблем и многое другое.

Местная община как место проведения общинной социальной работы. Стр. 26*Ирене Ройванен, Тамперский университет*

В статье рассматривается становление и направления развития общинной работы в северных странах с точки зрения общинной социальной работы Финляндии. Принципом общинной социальной работы является предотвращение социальных проблем; развитие услуг в ближайшей округе, по месту жительства; поддержка гражданской инициативы и признание важности социальных сетей поддержки.

Тестирование на ВИЧ-инфекцию в Эстонии. Стр.57*Кристи Рюйтель, Ивета Томера, Институт развития здоровья*

Важнейшее место в профилактике ВИЧ-инфекции занимает консультирование и тестирование. В Эстонии тестирование на ВИЧ-инфекцию проводится в консультационных кабинетах профилактики СПИДа и молодёжных консультационных центрах, (контактные данные приведены на стр. 61). Направить на исследование может и семейный врач. Тестирование является добровольным. Медицинское наблюдение, дополнительное исследование, лечение и консультирование ВИЧ позитивных проходит под руководством врача-инфекциониста.

80 years of national social welfare in Estonia

Jüri Kõre, *Tartu University*

In 2005, Estonia celebrates 80 years since the adoption of the first Social Welfare Act. The Act laid down the responsibilities of public welfare and defined its underlying principles. It included several principles which are also relevant today: the right of an individual to welfare in case of need; assistance to those who really need it; assistance first of all means providing jobs; assistance to individuals by the nearest authorities i.e. local governments; common organisation of assistance throughout the country; organisation of assistance in a way that enables independent coping of individuals in the future; applying preventive welfare, etc. The Act was thorough and detailed and included the needs of different target groups as well as the work principles and responsibilities of different welfare institutions. However, the main aim of the Act was to develop a more structured system in order to meet the responsibilities of social welfare. The main responsibility for social welfare rested with the local governments already then. Although social welfare institutions were an important focus in the Act, great emphasis was also put on open care services, such as placing individuals in families.

Jaak Aab, Minister of Social Affairs: role of local government in social welfare to grow

In an interview to *Sotsiaaltöö*, the Minister of Social Affairs introduces the priorities of the new coalition government and the changes planned in the social sector. The new coalition agreement envisages increase of old age pension and extension of parental benefit period. It also plans to exempt families with two or more children from income tax in the extent of tax-exempt minimum; to increase child-birth allowance; to support development of children without parental care by ensuring appropriate living and learning conditions, and to support care and foster families. Due to the medical staff wage agreement, which will leave a hole in the health insurance fund budget, the current key issue on the agenda is financing health care. According to the Minister, role of local governments in social welfare has to be increased to ensure an individual approach to any person in need of assistance. Local governments are already paying caregiver's allowance since April 1, 2005. Making the organisation of child welfare the responsibility of local governments will probably be the next step. The Minister confirmed support to all good initiatives begun by his forerunners – both in employment policy as well as in social welfare – as far as the state budget allows.

Assessment of results and effects of community-based project for people with mental health problems

Katti Lainoja, *Põlva County Government*

The aim of the study was to analyse the experiences of the project “Developing personality-centred mental health system in Põlva County” carried out from 1997-2000. The analysis was based on project accounts and focused on the aspects of its inner dynamics and welfare achievements; decision makers and those responsible for implementing the project and for the provision of services were interviewed. Until 1996, the only welfare service for people with mental special needs in Põlva County was the 24-hour-care in Erastvere residential care home; thus, the aim of the project supported by its Swedish partners was to develop alternative community-based services. The project initially planned to develop housing services in Kanepi municipality for 25 residential care home clients with mental disorders. However, due to the resistance of the local community the welfare model was applied on a smaller scale in Põlva city instead. Additionally, several apartments were set up close to the residential care home improving the living conditions of its clients; however, it did not promote social integration of the clients to the community. Nevertheless, the respondents gave a positive assessment of the project marking it as a beginning for the development of a community-based support system for people with mental disorders in Põlva County with the focus on individuals and their needs. Both the community and those involved in the project gained much experience from it.