

Sotsiaaltöö

SOTSIAALTÖÖ JA SOTSIAALPOLIITIKA ERIALAAJAKIRI

Värske OSKA uuringu tulemused

Laste vaimse tervise toetamise võimalused

Psüühilise erivajadusega inimese
osalus oma eestkostes

Inimõigusharidus sotsiaaltöös

Kunstiteraapiline grupidöö
omastehooldajatega

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

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

Loe artikleid veebis!

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

Liitu uudiskirjaga!

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

Telli ajakiri!

Tellimuse saab vormistada ajakirja veebilehel.

Teeme koostööd!

Kaastöid ja koostööettepanekuid ootame toimetuse meiliaadressile ajakiri@tai.ee.

Uuri lisaks: www.tai.ee/sotsiaaltöö

Toimetuse kolleegium

Asgeir Falch-Eriksen, Mailiis Kaljula, Riina Kiik, Kadi Lauri, Maarja Kraiss-Leosk, Eike Käsi, Valter Parve, Riho Rahuoja, Marju Selg, Hede Sinisaar, Judit Strömpl, Piret Tamme, Karmen Toros, Taimi Tulva.

Toimetus

Vastutav toimetaja Regina Lind

Toimetaja Kairiin Nuudi

Kaastoimetaja Helve Hennoste

Kontakt

Tervise Arengu Instituut, Hiiu 42, 11619 Tallinn

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

www.facebook.com/ajakiriSotsiaaltöö

Trükk: Ecoprint AS



**Tervise
Arengu
Instituut**



SOTSIAALMINISTEERIUM

SISUKORD

Eessõna

Merike Sisask.....2

Persoon

**Sigrid Petofer: „Ohvrirolli
võib kergesti kinni jääda.“**

Kadri Kuulpak3

Analüüs

**Värske OSKA uuringu kohaselt
on sotsiaaltöövaldkonnas
endiselt vaja tööjõudu juurde**

Katrin Pihl, Siim Krusell.....9

Kohalik omavalitsus

**Sotsiaaltöö Rõuge vallas on
nagu pusle kokkupanek**

Triinu Õispuu.....15

Õigus

**Puude raskusastme tuvastamisest
lastel, ent mitte ainult**

Juta Saarevet, Gevin Kalm.....20

Vana inimene igatseb koju tagasi

Merle Malvet, Kärt Muller.....24

Korraldus

**Vanemahüvitiste ja
lapsepuhkuste uus kord**

Helen Maria Raadik.....28

**Erihoolekanne ja sotsiaalne
rehabilitatsioon**

Lagle Kalberg.....32

Metoodika

**RFK kasutamine tööalases
rehabilitatsioonis**

Karin Hanga.....38

Sotsiaalpoliitika

Õigus tervisele

Ulvi Kõrgemaa45

Sotsiaaltöö haridus

Inimõigusharidus sotsiaaltöös

Alexander Klein, Ingo Stamm.....51

Kommentaarid:

Judit Strömpl; Marju Medar, Mariann

Märtsin, Ingrid Sindi.....56

Uurimus

**Psüühilise erivajadustega
inimeste osalus oma eestkostes**

Erle Eenmaa.....58

**Lastekaitsetöötaja vajab
süvendatud teadmisi perevägivallast,
et osata lapsi võõrandamise
eest paremini kaitsta**

Kaire Talviste.....67

Vaimne tervis

**Pandeemia mõju laste vaimsele
tervisele ja kuidas neid toetada**

Karin Streimann75

Eelretsenseeritud artikkel

**Kunstiteraapilise grupitöö
sobivus ja mõju vanemaealise
lähedase hooldaja hooldus-
koormuse ja üldise
stressitaseme vähendamisel**

Kristiina Kask, Eda Heinla,
Marika Ratnik.....84

Uus lahendus sotsiaaltöös

Alustas sotsiaalvaldkonna

taskuhäaling.....97

EESSÕNA

Tervisele ja eelkõige vaimsele tervisele on väga olulised sotsiaalsed mõjurid. Mõeldes rahvatervishoiu harvem kasutatavale sünonüümile – sotsiaaltervishoid¹ – siis selle sisule viitavadki kolm sõna, millest see liitsõna koosneb – sotsiaalne ehk ühiskonnast tulenev, tervis ehk terve olemine ja hoid ehk need mõjutegurid, mis aitavad tervist hoida ja terveks jääda.

Kui tervis korras, ei pöörata sellele sageli tähelepanu. See on loomulik seisund, mida peetakse iseenesest mõistetavaks. Tervist märkame ja teadvustame siis, kui see hakkab ära kaduma või ähvardab selle kadumise reaalne oht. Viimasel kahel aastal oleme kõik seda ähvardust iga-päeaelus väga isiklikult tajunud COVID-19 pandeemia tõttu.

Pandeemia algas küll füüsilise tervise üleilmse kriisina, kuid väga kiiresti sai sellest mitmetahuline ja kompleksne ehk nurjatu probleem. Väga teravalt on esile tõusnud ka vaimse tervise tähtsus, sest sotsiaalsed mõjutegurid, nagu füüsiline isolatsioon ja sotsiaalne eraldatus, on olnud stressitaluvuse väga suur proovikivi. Sellega toimetulek ja kohanemine ei ole olnud kerge, eriti haavatavamates rühmades.

Kõige karmim inimese jaoks on üksildustunne: emotsionaalne eraldatus lähedastest, tähendusriikka seotuse ja toe puudumine kogukonnas. Kuid üksildustunne võib tekkida ka siis, kui ei tunta hoolimist ja hoidmist riigi tasandil ega meediast. Üksildane ja hüljatud inimene on hirmunud, kurb ning kuri. Tekib tunne, et tema vajadustega ei arvestata, sealt edasi kujuneb pettumus ja trots, otsitakse lohutust valeinfo, vastandutakse valimatult ning lõpuks ei usalda midagi ega kedagi. Usaldus ja läbipaistvus aga on väärtused, millele üles ehitada turvalised suhted nii üksikisikute vahel, kogukonnas kui ka riigis.

Uuringud näitavad, et praegune kriis on kõige suurema löögi alla pannud laste ja noorte täiskasvanute vaimse tervise, suurenenud on stress, väsimus, ärevus ja depressioon. Ühelt poolt ongi nooremate igapäevaelu koroonajal varasemaga võrreldes kõige enam muutunud. Teiselt poolt võib põhjus olla ka selles, et neil ei ole kogemuspagasit, kuidas kogu ühiskonna jaoks raskesse aega suhtuda. Lisame üleilmselt ähvardava sõjaohu ja energia hindade tohutu tõusu. Mida siis vastata noore inimese küsimusele, mis meist saab ja kuidas me niimoodi edasi elame?

Ei ole minagi enda arvates päris dinosaurus, kuid oma lastele meenutan sellise küsimuse peale, et nende ühed vanavanemad on sündinud vahetult enne teist maailmasõda, teised on üle elanud küüditamise või küüditajate eest metsas redutanud. Nemad ise on sündinud ajal, kui ka talongide

eest ei olnud poest midagi saada ja meie korter oli talvel nagu hundilaut, sest katlamajas ei olnud kütmiseks masuuti. Ometi on elu meid kandnud tänasesse päeva, kus tänulik olla selle eest, mis meil on. Pole vaja kurjustada ega hirmu tunda selle pärast, mida meil ei ole. Elame üle ka selle aja, kui hoiame ühte ja toetame üksteist, unustamata põhiväärtusi.



Merike Sisask

*Tallinna Ülikooli ühiskonnateaduste instituudi
sotsiaaltervishoiu professor*

Foto: Mariken Nikker

¹ Tallinna Ülikoolis on alates 2021. aastast selline tennuriprofessor.

Sigrid Petoffer: „Ohvrirolli võib kergesti kinni jääda.”



Kadri Kuulpak
ajakirjanik

Üle 30 aasta laste ja peredega, sh asendushoolduses töötanud Sigrid Petoffer hakkas kaks aastat tagasi väikse kursimuutusena karjääris juhtima vägivaldse käitumisega isade sekkumisprogrammi „Hoolivad isad: turvalisem elu lastele”.



Foto: erakogu

Kui vanem on olnud oma laste suhtes vägivaldne, siis oodatakse, et vägivallatseja eemaldatakse perekonnast, tihti ka ühiskonnast, ütleb Eesti Sotsiaaltöö Assotsiatsioonilt aasta vägivallaennetaja tiitli saanud Sigrid Petoffer.

MTÜ VAITER-i vahendatav programm on aga tõestanud, et isasid aidates saab luua lastele turvalisema kodu.

Isiklikust perevägivallakogemusest lapsepõlves on ta kaasa võtnud, et ohvrirolli ei tohi kinni jääda. Selleks tuleb õppida ennast kehtestama ja vajaduse korral ka abi küsima. Laste aitamisel on jälle olulisim, et lapsel oleks kas või üks inimene, keda ta saab täielikult usaldada.

Petofferi mure on, kuidas leida lasteaeda, kooli, asenduskodudesse ja lastekaitseesse inimesi, kes päriselt tahavad oma tööd teha, lastega koos olla, neid kuulata ja nendega mängida.

Põhiosa tööelust olete pühendanud asendushooldusele, nüüd olete aga MTÜ-s VAITER, mis tegeleb vaimse tervisega. Mis neid seob?

Kogu mu tegevus üle 30 aasta pikkuses tööelus on olnud seotud laste, nende turvalisuse ja lapsevanemate toimetulekuga.

See on otseselt seotud ka vaimse tervisega. Laste heaolu oleneb suuresti lapsevanemast ja tema hakkamasaamisest. Viimasel ajal, kui elu on üsna kiire, on lastevanematele suured ootused.

Artiklite pealkirjadest loen sageli, kuidas lapsevanematel ei jätku järeltulijaile piisavalt aega, nad ei oska, nad ei saa aru. Kui uurin, millest laste eest hoolitsemise raskused tulevad, siis ütlevad vanemad, et infot on palju. Kuhu nõu saamiseks pöörduda? Missugused allikad on usaldusväärsed? Kui tahad endale või lapsele pikaajalist ja tõhusat teraapiat, on päris keeruline seda võimalust leida: paljud teenused on lühiajalised ja üpris kallid.

Olen oma töös keskendunud sellele, et lapsed saaksid kasvada turvalises keskkonnas ja minu jaoks pole vahet, kes on turvaline isik tema elus. Ta ei pruugi olla bioloogiline vanem, vaid keegi teine, kes märkab lapse võimeid, andeid ja hobisid, seda positiivset, ja toetab teda.

Juhite programmi „Hoolivad isad: turvalisem elu lastele“. Rääkige sellest lähemalt.

Alustasime 2019. aastal. Enne seda oli Eestis juba programme meestele, kel olnud probleeme vägivaldse käitumisega, aga lapsevanematele, isadele sellist programmi ei olnud. Sellepärast see kõnetas mind. Olgu öeldud, et tasakaaluks on meil programm ka naistele „Naised vägivaldta“. Teisi kahjustav käitumine ei sõltu soost.

VAITER keskendub nii naiste kui ka meeste vaimse tervise toetamisele, aga ka laste toetamisele. Veel täpsemalt püüame ennetada vägivaldset käitumist. Agressiivsus kui omadus on meis kõigis olemas, seda tahetakse kuidagi alla suruda või meilt ära võtta, olematuks teha. Ometi on agressiivsus oluline enesekaitseks või

millegi saavutamiseks. Piir tuleb ette sealt, kus käitumine kahjustab ennast või teisi.

Tuttav politseinik kurdab sageli, kuidas hästi palju keskendutakse ohvri aitamisele, kuid vägivallatsejaga ei võeta midagi ette.

Minu käest on selle aja jooksul, kui olen „Hoolivad isad: turvalisem elu lastele“ programmi juhtinud, mitu korda küsitud, miks te tahate neid inimesi toetada. Pigem oodatakse, et vägivallatseja saab karistada ja ta eemaldatakse perekonnast, tihti ka ühiskonnast.

Olen oma töös keskendunud sellele, et lapsed saaksid kasvada turvalises keskkonnas.

Niisuguste isadega töötades alustame alati nende lapsepõlvest, nende loost ja kogemustest: kuidas nad üldse isa rolli näevad. Sageli ilmneb, et nad on ise kogenud füüsilist väärkohtlemist, on pealt näinud perevägivalda või nende varasem elu on kujundanud väärtushinnanguid, millest tuleb lahti saada, nagu see, et laste kasvatamine on naiste töö.

Mehed on loomult agressiivsemad ja neile on omane riskikäitumine, mistõttu nad satuvad ohtlikesse olukordadesse. Ka nende ametivalikud, olgu töö sõjaväes või rasketööstuses, mõjutavad käitumist. Neil esineb sagedamini stressiolukordi ja juhtub õnnetusi. Ühesõnaga: agressiivset käitumist tuleb vaadata laiemalt ja seda VAITER-i meeskonnana teemegi.

Programm kestab neli-viis kuud. Selle sees on nii rühmakohtumisi kui ka individuaaltööd. Meie programmis osalenud isad ütlevad, et nende suhted lapsega on paranenud, nad on hakanud laste ema rohkem aktsepteerima, hakanud temaga koostööd tegema. Vahel võib heaks isaks olemist takistada kas või see, et

mehel puudub mõni elementaarne oskus. Üks isa, kelle lugemisoskus ja lugemisharjumus oli kesine, hakkas lapsele unejuttu lugema ning seepeale tema ja lapse suhe paranes.

Paraku on ka isasid, kes ei suuda muuta. Need on inimesed, kel on kujunenud mingi häire, näiteks kalduvus nartsissismile. Neil puudubki teistele pühendumise võime. Sellisel juhul anname lastekaitsetöötajatele tagasisidet, et võib-olla ei peagi isa suhe lapsega nii tihe olema või tuleb mõneks ajaks katkestada.

Missugust tagasisidet programmile olete isadelt saanud?

Isadele, kes meie juurde tulevad, meeldib see, et neid kuulatakse. Neile ei anta hinnanguid. Nad saavad teiste isadega koos arutleda. Nad saavad uusi oskusi, kuidas oma tugevate emotsioonidega toime tulla. Meil osales üks mees, kes oli oma lapse ema füüsiliselt rünnanud, mistõttu ta kandis jalavõru. Keeruline oli seetõttu, et ta elas ohvriga ühes korteris. Koroonaajal tegime programme veebis, mistõttu ei saanud mees privaatset osaleda. Naine tuli koolituse ajal mehe juurde ja osatas teda, tegi mürgiseid märkusi. See mees tahtis programmis lõpuni käia, see oli talle väga oluline, aga ta oli hirmsa surve all: üks vale liigutus ja ta läheb vangi. Elukaaslane sai aru, et võib endale kõike lubada. Lõpuks see mees läkski vangi. Tal jäi rühmatöö pooleli, aga ta võttis nüüd meiega ühendust, et uuesti gruppi tulla. Talle tõesti meeldis osaleda, ta sai sellest päriselt tuge. Tema lähivõrgustik, kellelt saada toetust, on vaid tema alkoholisõltlasest ema.

Isad on emade kõrval võrdväärased vanemad, kuigi mulle tundub sageli, et ühiskond ja teenused kalduvad emade poole. Emal on võib-olla ka kohtus lihtsam selgitada, miks tema peaks laste eest hoolitsema. Meeste vägivaldse käitumise taga on enamasti

mingi hirm: hirm, et minust ei sõltu midagi, hirm, et keegi võib mu maha jätta, hirm, et ma ei saa hakkama. Senini oleme teinud kümme gruppi ja kohe algavad uued kogu Eestis. Kõige olulisem on, et isade aitamine loob lastele ja laste emadele turvalisema elu.

Avage veel seda sissejuhatuse mõtet, et vanemaid süüdistatakse rohkem, kui toetatakse.

Sageli öeldakse vanematele, et kõik saab alguse kodust. Kuid paljud asjad algavad ka näiteks töödaja suhtumisest, kas või ületundide tegemisest. Ka sellest, mis üldse ühiskonnas toimub: koroonakriisi või negatiivsed uudised. Kogu vastutus tahetakse panna vanemale, aga selle asemel oleks vaja rohkem toetada.

Sigrid Petofer

- Aasta vägivaldaennetaja 2020, Tallinna 2021. aasta sotsiaalvaldkonna tunnustus, Kodaniku aumärk 2018, asendushoolduse valdkonna tunnustuse „Kuldne kartul“ laureaat 2014, Harju maakonna teenetemärk (Haiba lastekodu rajamise eest) 2007.
- Töötab MTÜ-s VAITER projekti-juhina ja Tallinna lastekodus peretoe juhina.
- Asendushoolduses on töötanud kokku 30 aastat, millest üheksa aastat juhtis Haiba lastekodu.
- Kaitses 2017. aastal magistrikraadi sotsiaalpedagoogika ja lastekaitse erialal, sotsiaalteaduste magister (*cum laude*).
- MTÜ Oma Pere üks asutajaid, kasu- vanemate koolitusprogrammi PRIDE õpetaja alates 2011. aastast.

Koolis, meditsiinis ja sotsiaalvaldkonnas peredega töötavad spetsialistid peaksid endalt küsima, kas see töö, mida teen, ka päriselt meeldib mulle. Olen kohanud läbipõlemise äärel inimesi, tüdinud, väsinud abistajaid, kes ei usu klientidesse, kellega nad töötavad. Unistan sellest, et perede ja lastega tegelemisel oleks rohkem inimlikkust.

Meil võib olla väga palju sekkumisi ja teenuseid, aga sellest pole kasu, kui spetsialist ei kuula ega uuri, missugust abi inimene vajab või ei tee endaga piisavalt tööd.

Lastekaitstes või hariduses töötavatele inimestele on hästi oluline ka töökeskkond. Jälgida tuleks, kas seal on rohkem avatust ja toetamist või sarkasmi, halvustamist ja vaikimist. Teine küsimus on, kas saan aru, mida teen, ja kas selle tulemusel läheb midagi paremaks. See on mulle endale ka hästi oluline: kui midagi teen, tahan aru saada, mis on selle tulemus. Inimlikkust, heatahtlikkust ja eetilisust oleks aitajatel rohkem vaja. Lubame omale eksida ja toetame üksteist.

Kuidas te iseendas inimlikkust hoiate ja läbipõlemist vältite?

Mul on olnud väga raskeid hetki, aga ma ei talu hästi stressi ja mu organism annab sellest kohe märku. Siis peab stopi tegema: aja maha võtma või tööstiilis midagi muutma. Saan töötada ainult siis, kui mu ümber on ägedad inimesed. Ma ei saa hakkama inimestega, kes ei usu sellesse, mida nad teevad, on negatiivsed või halvustavad. Sotsiaalvaldkond ei ole minu jaoks raske või negatiivne. Vastupidi: näen tööd sotsiaalvaldkonnas kui võimalust midagi muuta.

Olete öelnud, et lapsevanemad on laste kasvatamisel oma muredega sageli ükski, ega tea, kuhu nõu ja abi saamiseks pöörduda või ei söanda seda teha. Miks see nii on?

Viimasest vanemluse monitooringust tuli välja, et üle poole vanematest ei julge abi

küsida või ei tea, kust abi saada. Eestlastel on selline pean-ise-hakkama-saama-mentaliteet. Teisest küljest on palju valehäbi: kuidas ma nendest asjadest räägin? Näen, kui raske on teatud põlvkonnal oma isiklikest asjadest rääkida. Mina ei rääkinud oma vanematega oma tunnetest ega mõtetest.

Isad on emade kõrval võrdväärased vanemad, kuigi mulle tundub sageli, et ühiskond ja teenused kalduvad emade poole.

Kui lapsevanem hakkab abi otsima, oleneb kõik sellest, kuhu ta kõigepealt satub, kas teda kuulatakse ära ja toetatakse. Olen kuulnud inimesi rääkimas „Kui KOV-i pöördusin, siis mulle soovitati SPIN-teenust, mida rahastab SKA“. Meile harjumuspärased väljendid võivad olla inimestele võõrad. Räägime inimestega arusaadavas keeles. Abi vajajal võib olla keeruline selles inforohkuses orienteeruda.

Kõik on nii keeruliseks läinud ja kogu aeg võetakse kasutusele uusi metoodikaid. Peaksime vanemluses tulema tagasi põhiasjade juurde: jää rahulikuks, kuula, peegelda, sea piire endale ja lapsele.

Teil on isiklik perevägivallakogemus.

Missugune õppetund on see olnud?

Tollal mõtlesin, et oi kui raske on emal. Iga nädalavahetus, kui isa tarvitas alkoholi, puhkesid peretülid. Lapsena läksin emaga kaasa, püüdsin teda kaitsta, olin kodus ega ei läinud kuhugi. Tükk aega tundsin, et ema on ohver ja kannatab ja kõik peavad talle kaasa tundma. Suurena sain aga aru, kui palju sõltus mu ema otsusest sellesse suhtesse jääda. Kui palju mina ja mu öde seetõttu kannatasime.



Viieaastane lapselaps Marinee joonistas pildi, millel on koos koer Bläki, vanaema Sigridi ja väikevend Rometiga

Foto: repro

Ohvrirolli on hästi kerge kinni jääda. Ka vanematena jääme ohvrirolli kinni või lastega töötades, olgu õpetajana või asenduskodus perevanemana: „Lapsed ei kuula, lapsed ei taha, lapsed käituvad halvasti.“ Kindlasti on väga keerulisi juhtumeid, mida tuleb eristada, näiteks lapsena kogenud seksuaalvägivald.

Meil võib olla väga palju sekkumisi ja teenuseid, aga sellest pole kasu, kui spetsialist ei kuula ega uuri, missugust abi inimene vajab või ei tee endaga piisavalt tööd.

On ohvreid, keda vaigistatakse või keda ei usuta. Pean silmas just inimesi, kes näiteks kaks aastat ketravad, kuidas nad kohe lahku lähevad, aga siis ikka ei tee seda. Jälle ta tuleb koos abikaasaga pidusse ja homme helistab, kui paha mees tal on. Tegelikult on võimalusi see teekond lõpetada.

Ohvri roll on mingis mõttes mugav: sa ei pea midagi tegema. Nägin seda oma emaga. Korra olen ennast sellisest olukorrast tabanud. Mu laste isal oli alkoholiprobleem ja kolisin koos kahe lapsega temast lahku, olles ebapopulaarne oma laste ja sugulaste silmis. Peame õppima ennast väärtustama vanemana ja töötajana. Peame õppima ennast kehtestama ja vajaduse korral ka abi küsima.

Mõni ütleks, et see on ohvri süüdistamine.

Näen ikkagi palju seda, et inimesed võtavad ohvrirolli, sest seal on mugavam olla ja palju keerulisem on selg sirgu lüüa ning suhe lõpetada. Kergem on endale vabandusi tuua. Räägin ohvriks olemisest igas mõttes: laps-vanem-suhtes, töösuhtes, sõbrasuhtes, paarisuhtes. Me saame ise palju ära teha, ennast harida, arendada ja edasi viia.

Oleme rääkinud vanemate toetamisest. Kuidas aga aidata lastel kriisidega toime tulla?

Lapse aitamiseks on tähtis toetada tema identiteeti. Selleks peab laps teadma oma lugu. Laps peab omal moel teadma ka raskestest asjadest, kas või sellest, kui tema peres on sõltlane või kui laps on saanud kunstliku viljastamise teel. Oma loo teadmine on tervendav.

Ühiskonnas on sageli teatud normid, kuhu inimesi surutakse. Tahaks, et iga inimene saaks olla selline, nagu ta on. On väga erineva tausta, elukäigu, välimuse ja vaimse võimekusega lapsi. Meil on Tallinna lastekodus üks noor, kes esitab täiskasvanutele palju väljakutseid. Ta võib aeg-ajalt agressiivselt käituda. Tal on vaimse ja füüsilise tervise probleemid. Kui olen temaga koos, siis minu jaoks on ta üks vahva noor inimene, kellel on oma mõtted, temaga on huvitav rääkida.

Aktseptin teda sellisena, nagu ta on. Mu enda tütar on mind palju õpetanud: ta on alati omamoodimoodi riides käinud, mõelnud ja toimetanud.

Kui töötasin Haiba lastekodus, siis seal oli üks üheksa-aastane poiss, kes oli kõigiga pahuksis. Ta ütles mulle, et mis mul viga, mul on kõik olemas, aga tema isa on vangis ja mis tal seal kõik oli. Tuues justkui põhjenduseks, et talle on kõik lubatud ja sellepärast ta käitub nii. Ütlesin, et mul on sellest väga kahju ja rääkisin talle oma lugu, et minu isa on surnud, kaks venda uppusid. Lapsele on oluline anda sõnum, et mina olen täna siin ja valmis sind kuulama.

Me ei pea olema kogu aeg targad ja tähtsad täiskasvanud. Vahel võiks lastega ka lihtsalt koos olla.

Ohtlik on see, kui lapsel pole ühtegi sellist toetavat suhet. Kui su elus on mõned inimesed, minu elus oli see näiteks vanaema (isa ema), mingidki turvalised suhted, siis see

kannab. Minu jaoks on küsimus, kuidas leida lasteaeda, kooli, asenduskodudesse ja lastekaitsekesse inimesi, kes päriselt tahavad seda tööd teha ja lastega koos olla, neid kuulata, nendega mängida – mängu võiks ka rohkem olla!

Me ei pea olema kogu aeg targad ja tähtsad täiskasvanud. Vahel võiks lastega ka lihtsalt koos olla.

Olete öelnud, et erinevaid sihtrühmi ja vajadusi hõlmavaid sekkumisi peaks olema veel rohkem. Keda me praegu veel aidata ei suuda?

Abivajaduse hindamiseks peaks rohkem aega võtma, et saada aru, kus on probleem ja mida inimene vajab. Nagu oleme rääkinud, siis teenuseid ja sekkumisi on palju, tugiliinide numbrid lähevad juba sassi! Tihti on puudu kellegagi rääkimise võimalusest. Vaimse tervise poole pealt on kindlasti vaja rohkem pikaajalisi teraapiad ja laste/noorukite psühhiaatreid. Lapsed tüdinevad sellest, et lähed uue spetsialisti juurde ja räägid jälle oma lugu. Seega peaks olema laste lood kuidagi talletatud nii, et kõik teaksid, mida on juba tehtud. 



Katrin Pihl
OSKA uuringujuht



Siim Krusell
OSKA vanemanalüütik

Värske OSKA uuringu kohaselt on sotsiaaltöövaldkonnas endiselt vaja tööjõudu juurde

Lähikümnenndil suureneb sotsiaalala töötajate vajadus. Tööks vajalike oskuste rõhuasetus on muutunud ja sellega peab kaasa tulema ka koolitussüsteem. Kehtestada on vaja sotsiaalteenuste kvaliteedinõuded ja üle tuleb vaadata täienduskoolituste tase.

Tööjõu ja oskuste prognoosisüsteemi OSKA esimene sotsiaaltöö valdkonna uuring avaldati 2016. aastal, käesoleva aasta alguses jõudis kaante vahele teine uuring.

Peamised uurimisküsimused jäid samaks, küll aga täpsustati meetodikat ja vaadati üle varasemad lähtekohad. Näiteks peale uute koolilõpetajate vajaduse hinnati ka kogu tööjõuvajadust. Eelmise uuringuga võrreldes täiustati andmekogumist: korraldati eraldi küsitlus kohalike omavalitsuste sotsiaalala töötajate seas ning intervjuud valdkonna kõrg- ja kutsehariduse lõpetanutega. Kasutati täiendavaid andmeallikaid, mis võimaldasid teha põhjalikuma analüüsi nii tööjõuliikumise kui ka lõpetajate haridusteede kohta.

Uuringu eesmärk oli kindlaks teha, kuidas on viie aasta jooksul muutunud nõuded oskustele sotsiaalvaldkonnas, hinnata

tulevast tööjõuvajadust, selgitada eelmise uuringu ettepanekute mõju valdkonnale ja leida oluliste kitsaskohtade lahendamiseks uusi võimalusi.

Endiselt napib tööjõudu

Uuringus kesksel kohal olevas tööjõuvajaduse ja hõiveprognoosis on arvestatud eri tegurite ja trendide kombineeritud mõju ning valdkonna ekspertide hinnanguid hõive muutumise kohta lähitulevikus. Kõnealused suundumused ja tegurid varieeruvad valdkonnasisestest demograafilisteni. Kõige enam mõjutab sotsiaalvaldkonnas hõivet ja tööjõuvajadust demograafiline areng, sh rahvastiku vananemine.

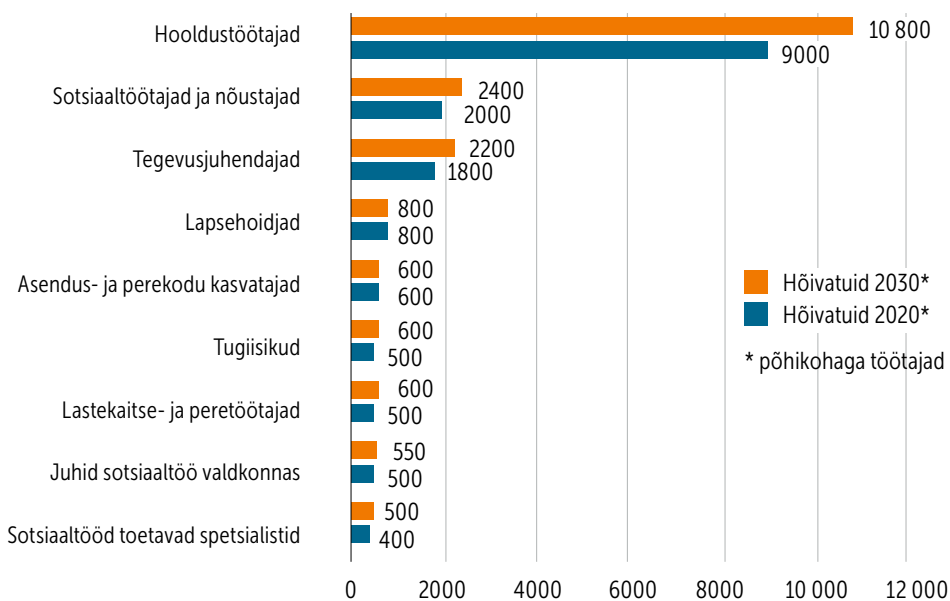
Tehnoloogia areng valdkonna tööjõuvajadust oluliselt ei mõjuta. Kuigi arenevad näiteks telemeditsiin ja telehoolekanne,

kasutusele on võetud positsioneerimiseadmed ning muud hooldustoiminguid hõlbus-tavad lahendused, vestlus- ja kaaslasrobotid, ei ole lähitulevikus ette näha, et tehnoloogia asendaks töötajaid ja vähendaks oluliselt põhikutsealade tööjõuvajadust. Küll aga on tehnoloogilised lahendused töötajatele toeks.

Käsitletavas ja ka teistes OSKA uuringutes keskendutakse analüüsil põhikutsealadele. See on valdkonna toimimiseks oluline valdkonnaspetsiifilisi kompetentse eeldav ametialade rühm. Ühte põhikutsealasse koondatakse ametid, mis üldjuhul eeldavad väljaõpet samal haridustasemel ja sarnastel erialadel ning kus ka töö sisu ja tööülesannete täitmiseks vajalikud oskused on sarnased.

Käesolevas uuringus ei näe valdkonna hõive- ja tööjõuvajaduse prognoos ühelgi põhikutsealal ette hõivatute arvu vähenemist. Enamikul põhikutsealadel suureneb nii hõivatute arv kui ka vajadus uute töötajate järele. Tööjõuvajadust suurendavad ka kõrvaltööd. Hõivatute arv valdkonna põhikutsealadel suureneb 2030. aastaks prognoosi järgi ligikaudu 20%, mis tähendab ligi 3000 inimest.

Enim on prognoosisperioodi jooksul juurde vaja hooldustöötajaid, vajadus kasvab ka tegevusjuhendajate, tugisikute, sotsiaaltöötajate ja nõustajate, lastekaitse- ja peretöötajate ning erivajadustega lastega tegelevate lapsehoidjate järele.



Joonis 1. Hõivatute arv valdkonna põhikutsealadel täna ja prognoositud kasv aastaks 2030

Töötajaid on juurde vaja erinevatel põhjustel, näiteks vanuse tõttu pensionile minek, aga ka teise valdkonda tööle asumine. Lahkunud töötajate asendamine on pidev väljakutse. Aastatel 2019–2020 lõpetas valdkonna

põhikutsealadel töötamise ja siirdus mujale ligi 1800 inimest, see oli ligi 12% aastal 2019 põhikutsealadel töötanutest. Näiteks hooldustöötajad siirduvad sageli puhastusteenindajaks ja kaubandusse, kuid ka sealt

on rohkelt hooldustöötajaks tulijaid. Seega konkureerivad kaubandus ja hooldekodud sama tööjõu pärast.

Käesoleva uuringu tulemusi 2016. aasta uuringuga võrreldes on mitu probleemi samad, sh madal palk ja vananev tööjõud. Madal palk ja rasked töötingimused on omakorda volavuse üks põhjus. 2016. aasta OSKA uuringus prognoositi hoiatute arvu suurenemist, mis raskustest hoolimata on senini ka toimunud. Lähitulevikus võib see kujuneda aga üha keerulisemaks.

Oskuste rõhuasetus on muutunud

Valdkonna jaoks kõige olulisemad ja vajalikumad erialaoskused on viie aasta taguse ajaga võrreldes jäänud üldjoontes samaks, pigem on toimunud muutused teadmiste ja oskuste vajaduse rõhuasetustes. OSKA 2016. aasta uuringus toodi välja neli laiemat kasvava vajadusega kompetentside gruppi: suhtlemisoskused (nt intervjuerimis- ja koostööoskus), kogukonnatöö oskused (nt kaasamine ja kogukonna ressursside rakendamine), klienditööga seotud erioskused (nt ergonoomilised töövõtted ja kliendirühmade eripära tundmine) ning valdkonna töö erioskused (nt teenuste disainimine ja kvaliteedijuhtimine). Kõik need teadmised ja oskused on väga tähtsad ka praegu.

Uute suundumustena võib välja tuua, et spetsialistide tasemel on teravalt esile tõusnud õiguslaste kompetentside kasvav vajadus, näiteks teadmised haldusmenetlusest, samuti kaugnõustamisoskus. Oskustöötajatel, nagu hooldustöötajad ja tegevusjuhendajad, on üha enam vaja tervisealased teadmisi ja oskusi.

Sotsiaalala töötajad puutuvad kokku vahetu klienditööga, seega on neil ka kõrge läbipõlemisrisk. Seetõttu on valdkonna kõigil töötajatel vaja enes säästlike abistamisvõtete ja iseenda vaimse tervise eest hoolitsemise teadmisi. Nende küsimustega on

oluline tegeleda riiklikult ja tagada kättesaadav supervisioon ja kovisioon. Sellele viidati ka eelmises OSKA uuringus. Supervisioon ja kovisioon aitavad kaasa oluliste üldoskuste, väärtuste ja hoiakute kujundamisele ehk sotsiaaltöö kvaliteedi parandamisele.

Emotsioonide reguleerimisoskus, empaatia, eetilisus, inimlik hoolimine, sallivus; kliendi eripära ja erivajaduste märkamine ning mõistmine – need kõik on sotsiaalala töötajate erialaoskuste ja -hoiakute osa.

Üha suureneva tööjõunappuse ajal kasvab aina enam vajadus mitmekesiste oskuste ja laiapõhjaliste teadmiste ning sobivate hoiakute ja väärtustega töötajate järele, kes oskavad neid teadmisi ka rakendada. Töökäte nappuse tõttu muutuvad valdkonna ametikohad universaalsemaks ja üks töötaja peab tulevikus valdama ja täitma mitme ameti nõudeid. Klientide üha komplekssemad probleemid aga toovad kaasa väga spetsiifiliste teadmiste ning oskuste vajaduse, sh kee-ruliste psüühiliste ja füüsiliste erivajadustega inimeste abistamiseks.

Koolilõpetajad pole alati uus tööjõud

Võrreldes eelmise uuringu ajaga viis aastat tagasi, on vähenenud valdkonna kõrgharidus-õppe lõpetajate arv, kutseõppe lõpetajate arv on aga märkimisväärselt suurenenud. Üliõpilaste arvu vähenemist on mõjutanud eelmise OSKA sotsiaaltöö uuringu ettepanekute põhjal tehtud otsused, millega on muudetud õppekavu laiapõhjalisemaks ja vähendatud vastuvõttu. Enim on lõpetajate arv suurenenud lapsehoidjate kutseõppes, kuid ka hooldustöötajate ja tegevusjuhendajate õppekavadel. Lõpetajate arv on vähenenud sotsiaaltöötajate ja nõustajate ning lastekaitse- ja peretöötajate põhikutsealadel. Viimase kolme aasta keskmisena on aastas

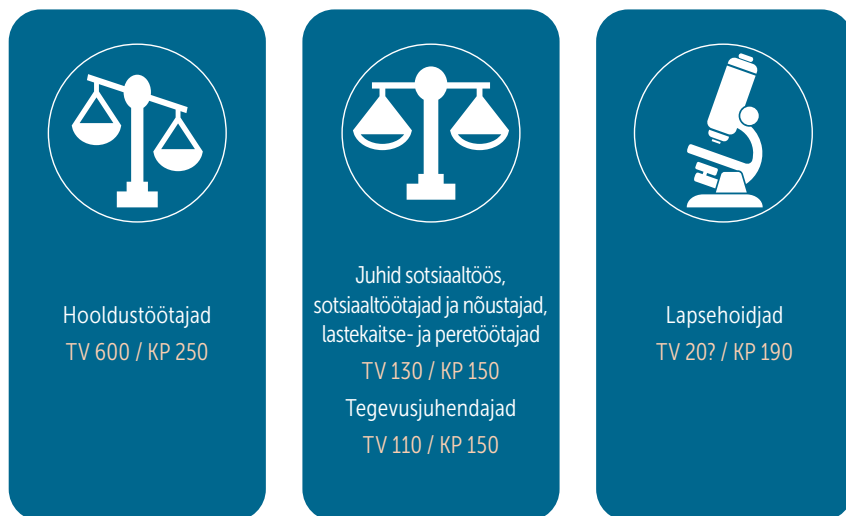
lõpetanud ligi 150 inimest, kes õppekavade õpiväljundite kohaselt võiksid tööle asuda valdkonna kõrgharidust eeldavatele põhi- kutsealadele. Kolme aasta keskmisena võib valdkond arvestada kutsehariduse omandanud 250 hooldustöötaja, 190 lapsehoidja ja 150 tegevusjuhendajaga.

Tööjõu voolavuse põhjus on nii palgatase, töökoormus ja pinge kui ka töö vähene väärtustamine ühiskonnas.

Kahjuks ei saa öelda, et koolilõpetajad tähendavad valdkonnale kindlasti uut tööjõudu. Põhjus on selles, et valdkonna tasemeõppesse vastuvõetutest töötavad paljud juba eelnevalt valdkonna põhikutsealadel. Eriti kutseõppes avaldub trend, et ei minna mitte koolist tööle, vaid juba mõnda aega töötavana minnakse kutset omandama. Kutse

omandamisele aitab kaasa see, et tööandjad ja ka seadused seda üha enam töötajatelt eeldavad. Suur osa nii kutse- kui ka kõrg- hariduses õppijaid omandab erialaharidust töö kõrvalt, seega võib eeldada, et nende seas on palju täiskasvanud õppijaid. Eriti selgelt tuli see esile sotsiaalvaldkonna kutsehariduses: vähemalt 25-aastased õppurid moodustasid 2020/2021. õppeaastal seal juba 93% kõigist koolikäijatest, kutseõppes keskmiselt oli vähemalt 25-aastaste osatähtsus 2020/2021. õppeaastal aga 43%.

OSKA uuringute üks keskne ülesanne on võrrelda tööjõuvajadust ja koolituspakkumist. Hinnatakse seda, kas koolitatakse liiga vähe, piisavalt või hoopis liiga palju tulevast tööjõudu. Võib olla ka nii, et koolitatakse küll piisavalt, kuid siiski kurdavad tööandjad tööjõu nappuse üle. Sellist olukorda nimetatakse turutõrkeks. Sotsiaalvaldkonnas turutõrget tööjõuvajaduse ja koolituspakkumise võrdluses teravalt esile ei tulnud.



Joonis 2. Tööjõuvajaduse ja koolituspakkumise võrdlus põhikutsealati. TV – tööjõuvajadus uute koolilõpetajate järele; KP – koolituspakkumine, viimase kolme aasta keskmine lõpetajate arv põhikutsealaga seotud õppekavadel

Oma eripäraga oli siiski lapsehoidjate töövõu vajaduse ja koolituspakkumise võrdlus. Kõigile lapsehoidja kutse omandanutele ei pruugi sotsiaaltöö valdkonnas töökohti jaguda, hoolimata sellest, et vajadus erivajadustega laste lapsehoidjate järele on kasvutrendis. Siiski ei ole lapsehoidja amet senise praktika alusel peamine, kus lõpetajad töötavad. Kõige rohkem rakendatakse neid alushariduses õpetajaabide ja assistentidena, kelle töö põhiolemus on sama nagu lapsehoidjatel.

Üheks murekohaks on hoolekandenasutuste juhtimiskvaliteet, kehtestada tuleks nõuded.

Lapsehoidja õppe lõpetanutest töötab põhitööna lapsehoidjana alla 10%, üle poole lõpetanutest aga just (alus)hariduses. Peamine side töömaailmaga väljendub seega alusharidusse tööle asujate kaudu. Alushariduses on lapsehoidja õpet nähtud ka ühe sobiva haridusena, et täita haridusnõudeid. Töövõu vajaduse ja koolituspakkumise terviklikuks hinnanguks oleks esmalt vaja OSKA hariduse valdkonnauuringus analüüsida alushariduse töövõu vajadust lapsehoidjaõppe lõpetanute järele.

Tegevusjuhendajate koolituspakkumine ületas arvu poolest mõnevõrra töövõu vajadust, kuid tegelikku ülepakkumist pole. Selle põhjus on asjaolu, et suur osa tegevusjuhendajateks õppijatest juba töötab ega ole valdkonnale uus tööjõud. Tegevusjuhendajaks õppijate arvu on suurendanud eelkõige tegevusjuhendaja kutse nõue. Tegevusjuhendaja õpe on paindlik ja võimaldab ühitada tööd ning õpinguid.

Sotsiaaltööjuhtide, sotsiaaltöötajate ja nõustajate ning lastekaitse- ja peretöötajate töövõu vajadus ning koolituspakkumine olid uuringu järgi tasakaalus. See tähendab, et tasemeõppe lõpetajaid on piisavalt ega toimu

ka ülekoolitamist. Lõpetajate erialast rakendamist saab pidada üsna heaks.

Hooldustöötajate töövõu vajadus ületas tasemeõppe koolituspakkumist. Järgneval kümnel aastal töövõu vajadus suuresti kasvab. Koolituskohtade lisamine ja kutse omandajate arvu suurenemine ümber- ja täiendusõppe kaudu võib probleemi mõnevõrra leevendada, kuid juurpõhjus on madal palk ja ebasoodsad töötingimused. Seetõttu ei lisandu piisavalt uusi töötajaid ja ka seniste voolavus on suur.

Mure tööjõu voolavusega on kõigil sotsiaaltöö valdkonna põhikutsealadel. Selle põhjus on nii palgatase, töökoormus ja pinge kui ka töö vähene väärtustamine ühiskonnas.

Eelnevatel aastatel on sotsiaaltöötajate ja nõustajate põhikutsealal olnud probleeme, et õppima asujad pole olnud kindlad oma erialavalikus. Aastatega on siiski suurenenud nende üliõpilaste osatähtsus, kelle jaoks sotsiaaltöö, sh lastekaitse, on olnud teadlik valik, mistõttu erialatööle asub ka rohkem koolilõpetajaid. Kõrgkoolid on loonud töö ja õpingute ühitamise head võimalused, kuid töötavad ja õppivad inimesed sooviksid veelgi suuremat paindlikkust, mis aga võib mõjutada hariduse kvaliteeti.

Probleemid pole lahendatud

Paljud valdkondlikud arenguvajadused ja kitsaskohad on kahe uuringu võrdluses jäänud samaks. Endiselt pistetakse rinda kasvava töövõu vajadusega, mis tugevalt sõltub avalikust rahastamisest. Seetõttu oli nii minevikus, praegu kui ka tulevikus suur väljakutse küsimus, kuidas piiratud ressursside olukorras tulla toime kvalifitseeritud tööjõu jätkuva nappusega ja samal ajal paranda teenuste kvaliteeti ning inimesekeskust. Mõlemas uuringus tehti hariduse kvaliteedi parandamise ja õppurite teadmiste ning oskuste suurendamise ettepanekuid nii kutse- kui ka kõrghariduses, et lahendada kvalifitseeritud tööjõu probleem. Peale

kvalifitseeritud spetsialistide ja oskustöötajate puuduse tõi 2021. aasta uuring murekohana välja ka sotsiaalhoolekandetasutuste juhtimis-kvaliteedi ning juhtide kvalifikatsiooninõuete kehtestamise vajaduse.

Samuti nähti vajadust jätkata arutelu välistööjõu sissetoomise üle. Tööandjad suhtuvad välistööjõu kaasamisse valdavalt positiivselt ja on selleks valmis. Suurimat võimalust näevad eksperdid hoolekandes, kuid takistuseks peetakse, et nii erivajadustega kui ka eakate klientidega on vaja suhelda nende emakeeles. Samuti kerkib välistööjõu ühiskonda lõimumise küsimus.

Kitsamalt suunas 2021. aasta uuring uute algatuste ja ettepanekutega tähelepanu sotsiaalala töötajate töötingimuste parandamisele. Tehti ettepanek töötada välja töötaja ja teenusesaaja suhtarve sisaldavad sotsiaalteenuste soovituslikud kvaliteedinõuded, mis aitavad mõõta osutatavate teenuste kvaliteeti ja töötajate töökoormust ning võiks aidata kaasa tööjõu voolavuse vähendamisele. Leiti, et valdkonna täienduskoolitussüsteemi ja koolituste kvaliteeti on vaja parandada ning sotsiaaltöö valdkonna kutsesüsteem ja õppekavad vajavad tervikuna põhimõttelisi muudatusi. Valdakond on kutsestandarditega hästi kaetud, kuid nende sisu ei ole alati piisavalt ajakohane ega võta arvesse tööturu nüüdisaegseid vajadusi, muutusi valdkonnas ning seda, millise proffiliga töötajaid hoolekandetasutused praegu ja tulevikus vajavad. Ühiskonna vajadusest tulenevalt

nähaakse paljudel ametialadel kasvavat vajadust psüühiliste erivajadustega seotud teadmiste järele, mida tuleks senisest suuremas matus lõimida nii taseme- kui ka täiendusõppe kavadesse.

Ootused valdkonnale kasvavad

Elanikkond vananeb ja samal ajal kerkib ka hooldusteenuste hind, mis seab üha suurema koormuse nii omastele, riigile kui ka kohalikele omavalitsustele (KOV).

Soovitakse edendada sotsiaalhoolekanet, kus rakendatakse individuaalset ja juhtumipõhist lähenemist ning abi vajajal on võimalik saada kodus või väiksemas kogukonnas elukohajärgse omavalitsuse korraldatud teenuseid. Valdavalt juhtumipõhist tegutsemist võib takistada paindumatu teenuste süsteem ja KOV-ide vähene koostöö sidusvaldkondadega.

Ootused sotsiaalvaldkonnale ja kohustused suurenevad, kuid nende täitmiseks peaksid samaväärselt suurenema nii rahastus kui ka valdkonnas töötavate spetsialistide arv ja paranema nende teadmised ning oskused. Sellela ei pruugi abivajajad soovitud matus abi saada ega reformiplaanid täielikult õnnestuda. Eriti on see seotud KOV-idele üle antava tegevuse ja teenustega.

Eespool kirjeldatud peaks sotsiaaltöö poliitika kujundajad ja kohalikud omavalitsused sotsiaaltöö valdkonna arengusuundade kavandamisel arvestama, et tagada plaanide edukas elluviimine.



OSKA programm on välja töötatud tööturu vajaduste ja koolituspakkumise paremaks sidumiseks. Selle tööd korraldab SA Kutsekoda. OSKA seob tööturu osaliste eksperditeadmised taseme- ning täiendusõppe struktuuri, mahtu ja sisu planeerimist toetavaks süsteemiks, toetab tööandjate ja õppeasutuste koostööd õppekavade arendamisel ning asja- ja ajakohase tööturuinfo jõudmist karjääriteenuste osutajateni. Nimetatud eesmärkideni jõudmiseks korraldatakse rakendusuringuid.

Sotsiaaltöö Rõuge vallas on nagu pusle kokkupanek



Triinu Õispuu

Rõuge valla sotsiaalosakonna juhataja

Hajaasustusega piiriäärses omavalitsuses on sotsiaaltöötajal palju põnevaid väljakutseid. Ettevõtlike inimeste, kogukonna kaasamise ja projektide toel suudetakse palju ära teha ja üha rohkem ning paremaid teenuseid osutada.

Võrumaal, Eesti kõige lõunapoolsemas vallas Rõuges, käib sotsiaaltöö nobedalt. Rõuge vald on suur: ühest otsast teise sõitmiseks tuleb ette võtta linnulennult ligi 70-kilomeetrine teekond, mööda maanteed veelgi pikem. Mõnikord on otstarbekam sõita valla ühest otsast teise Läti kaudu, saab kiiremini ja vähemate kilomeetritega.

Koos- ja kogukonnatöö kuldvõtmeke on avatud meel.

Meie hingelt suures, mõne teise omavalitsusega võrreldes rahvaarvu ja pindala poolest suisa väikeses vallas, on ligi 5291 elanikku (01.01.2021 seisuga), valla pindala on 933,2 km². Oleme väga selgelt hajaasustuse ja piiriäärse omavalitsuse näide, mis pakub palju väljakutseid. Pean silmas näiteks seda, kuidas kuppelmaastikul elektriautoga lumistes oludes toime tulla või Mõnistest Tartusse sõiduki esindusse hooldusesse jõuda, sest sihtpunkti saabumiseks tuleb n-ö

kütust laadida Võrus ja seejärel Kambjas, sama on tagasi sõites.

Rõuge vald on kokku liidetud endisest väikevaldadest Haanjust, Missost, Mõnistest, Rõugest ja Varstust.

Omavalitsuste vastutusalade üha laieneb

Praeguseni on igas endises vallakeskuses sotsiaaltöö spetsialist ja sotsiaalhoolustöötaja, et tagada teenus selle vajaja kodu lähedal. Sotsiaalosakonnas on viis sotsiaaltöö spetsialisti, viis sotsiaalhoolustöötajat, kaks lastekaitse spetsialisti, kaks tugiisikut ning osakonnajuhataja. Iga sotsiaaltööspetsialist tegeleb oma piirkonnas täiskasvanute küsimustega: suunab neid teenustele, määrab toetusi, osaleb valupunktide lahendamisel ja saab osa rõõmudest; lastekaitse spetsialisti tähelepanu all on laste probleemid. Üheskoos lahendatakse perede lugusid.

Sotsiaaltöö vaatest ei ole me veel n-ö spetsialiseerunud, välja arvatud väga selge



Rõuge vallavalitsuse sotsiaalosakonna äge naiskond

Foto: Kersti Jürgenstein

lastekaitsetöö suund. Suured muutused maailmas ja kogu sotsiaaltöö korralduslik pool, samuti kohalikule omavalitsusele järjest lisanduvad kohustused ja ülesanded muudavad möödapääsmatuks ka meie spetsialiseerumise.

Minu arvates on omavalitsuste vastutusala veninud terve maakera suuruseks. Meie olule, sealhulgas sotsiaalvaldkonnale pandud kohustused ja ülesanded on niivõrd ulatuslikud, et enam ei saa toimetada piirkonniti, vaid töötajate pädevus ning oskused on vaja suunata kogu valda hõlmavale tegevusele. Suurt puudust tunnen ennetustöö tegijast, sest olen ennetustöö usku. Ehk täitub ka see unistus kunagi, sest rahvatervishoiu programm tuleb ellu viia, asutamist ootab eakate koostöökogu ja veel palju muudki.

Kuniks me ise ei astu välja oma kitsast maailmavaatelistest raamistikust ega mugavustsoonist, ei saa teha ka suuri muudatusi sotsiaalvaldkonnas. Vaja on muutusi, mis liigutaks mägesid. Elame kiiresti muutuv

maailmas ega saa enam toimetada samamoodi nagu kümme aastat tagasi, isegi mitte nii, nagu neli aastat tagasi. Minu töö alustalad on olnud ja on

- olla uudishimulik oma töös;
- teada väga selgelt, miks ma seda teen;
- teada, mida ma teen ja planeerida seda täpselt.

Rõõmud ja mured

Meie töös peitub rõõm väikestes seikades, mille abil saab korda saata suuri tegusid. Teha saab vahvaid asju, mis võivad muuta inimeste elu. Sujuvaks töökorralduseks on vaja kokkuhoidvat meeskonda, sellist, kes astub ühte sammu ja on avatud uuendustele. Ka kõige pisematesse asjadesse tuleb suhtuda uudishimulikult ja üles leida põnevus – see ongi tööõnne valem.

Tunnen rõõmu, et Rõuge valla sotsiaalosakonnas on kogenud spetsialistid, kes tunnevad oma kliente üldiselt läbi ja lõhki. Eks meie rõõmud ole ikka need, kui perede

ja kogukonna kõigi inimeste heaolu on tagatud. Suur väljakutse on hajatiimi juhtimine, töötajatele omakorda on väljakutseks kaugus keskusest ja silmast silma suhtluse puudumine oma osakonna inimestega. Kaugelt ei saa alati hästi aru, kuidas keegi ennast parasjagu tunneb või kuidas tal läheb. Selleks tuleb päriselt kokku saada. Aeg-ajalt selle võimaluse endi jaoks ka loome.

Millegi uue avastamiseks tuleb muuta vaatenurka ja liikuda eemale igapäevartiinist: lasta end pisut raputada, turgutada, toetada. Siis näen, mis on minuga kogu aeg kaasas, minu enda sees olemas ja leiangi selle, mis just mind käivitab.

Murelikuks teeb, kui on näha, et pidevast veenmisest, kohtumistest ja koostöistest pingutustest hoolimata ei juhtu midagi ja inimene ei tule isegi poolele teele vastu. Vahel eitatakse probleeme – need juhtumid tekitavad tunde, nagu ei oskakski enam midagi teha. Siis otsime veel kord võimalusi ja ka uusi koostööpartnereid. Mõnikord aga tuleb tunnistada: oleme jõuetud ja anname alla.

Koostöö, kogukond ja projektimajandus

Minu suur südamesoov on, et meie valla sotsiaalvaldkond oleks innovaatiline ja tuua selle abil valda projekte. Oluline märksõna on koostöö, kuid samal ajal on see ka väljakutse, sest selleks on tarvis omakorda inimesi. Vahel on keeruline eri valdkondi lõimida, tihti jääb takistuseks see, et keegi ei asu etteotsa, vaid seda oodatakse sotsiaalosalakonnalt. Ega me püssi põõsasse viska, muidugi teeme, korraldame ja haaramme kinni projektivõimalustest.

Tähelepanuväärseks koostööks on kujunenud sotsiaaltransporditeenuse katseprojekt Kagu ühistranspordikeskuse (ÜTK) ning Võru- ja Põlvamaa teiste kohalike omavalitsustega. Tavapäraselt on kohalik

omavalitsus kohustatud korraldama või osutama sotsiaaltranspordi. Nüüd oleme selle teenuse osutamise lahendanud projekti kaudu ja teeme seda katseprojekti „Sotsiaaltransporditeenuse korraldusmudelite testimine“ toel. Inimeste liikumisvõimalused on avardunud, peamine sõidusuund on Tartu, et eriarsti juures käia. See on oluliselt vähendanud meie sõidukorruptust teenuse osutamiseks ja ka inimesed on niisuguse võimaluse tänutundega vastu võtnud.

Sotsiaalvaldkonnale pandud kohustused ja ülesanded on niivõrd ulatuslikud, et enam ei saa toimetada piirkonniti, vaid töötajate pädevus ning oskused on vaja suunata kogu valda hõlmavale tegevusele.

Rõuge vald osaleb ka partnerina projektis „Vaimse tervise häiretega eakatele suunatud hoolekandeteenuste arendamine Võrumaal“. Projekti VESTA (Võrumaa eakate sihipärase toetamise andmestik) eesmärk on parandada vaimse tervise häiretega eakate toimetulekut oma kodus ja nende lähedaste võimalusi osaleda tööturul. Selleks töötatakse projekti käigus välja Võru maakonna omavalitsusi ja teenuseosutajaid ühendav jätkusuutlik koostöömudel ning sihtrühma eripära arvestavad lõimitud teenused.

Hulljulge samm, et teha midagi teistmoodi, oli kandideerida seitsmekuulisesse programmi „Rahvatervise valdkonna võimekuse ja kompetentside suurendamine kohalikes omavalitsustes“, mida vedas Tervise Arengu Instituut. Teenuse kujundamisel toetas meid loovagentuur Brand Manual ja mentorina nõustas tervisedendaja Elo Paap OÜ-st HeaOle.

Arenguprogrammi ülesanne oli teenuse-disaini meetodikate tundmaõppimise ja rakendamise kaudu toetada programmis osalevate omavalitsuste võimekust rahvateravishoiu probleemide ennetamisel. Teine ülesanne oli kujundada arendus- ja koordinatsioonimudel(id), mida saaks rakendada ka teistes kohalikes omavalitsustes. Rõuge valla tiim keskendus vaimse tervise küsimustele. Meile meeldis ja saime hoogu juurde, sest protsess oli nauditav.

Kõigi projektide elluviimisel on mõeldud kogukonna inimeste heaolule ja teenuste arendamisele. Koos- ja kogukonnatöö kuldvõtmeke on avatud meel.

Suur edulugu Misso teenuskeskus

Meie valla näitel on suur edulugu Misso sotsiaalkeskusele uute ruumide leidmine ja renoveerimine. Uued ruumid said teenuskeskus, sotsiaalkeskus ja perearstipraksis aleviku keskel. Teenuskeskus ja perearstipraksis olid seal juba varem, uuendusena on sinna nüüd rajatud ka eraldi sissepääsuga sotsiaalkeskuse ruumid.

Äsja remonditud ruumides on end sisse Misso sotsiaalkeskuse seitse elanikku ja kaks töötajat, Misso perearstipraksis ning kolm valla töötajat: raamatupidaja, sotsiaaltööspetsialist ja sotsiaalhooldustöötaja. Teenuskeskuses saab kokku leppida aegu kohtumiseks teiste vallaametnikega, selleks on seal nüüd sobivad töökohad.

Minu unistustes võiks keskuse avalikus seminariruumis seada end sisse kogukonna ärksad esindajad, kes täidaks selle eakate päevakeskuse sarnase tegevusega: olgu see lihtsalt suhtlemine, aktiivne tegevus, üksteiselt õppimine või eri põlvkondade suhtluse elavdamine. Eriliselt oodatud on tegevused, mis tooks kodust välja ka väarikas eas mehed. Igatahes on

oodatud kõik kogukonnaliikmed, et ise algetada midagi põnevat, sest see on kõige väärtuslikum ja pikima elueaga!

Valmis sai ka kogukonnasaun, mis sest, et elektrikerisega, siiski saun. Juba aastaid on aleviku rahvas sellest puudust tundnud ja saunas on käidud sotsiaaltöötaja abiga Vastseliinas või kokkuleppel kohalike elanikega kellegi pool kodus.

Igas endises vallakeskuses on sotsiaaltöö spetsialist ja sotsiaalhooldustöötaja, et tagada teenus selle vajaja kodu lähedal.

Misso sotsiaalkeskuses on kohti 12 elanikule, neist on praegu täidetud kaheksa. Sinna saab asuda elama, kui tervislik seisund ei võimalda enam üksi kodus hakkama saada või on vaja näiteks taastuda. Üks oluline nõue on, et klient peab ise hakkama saama, suutma ise liikuda ja olla aktiivne.

Tähtis on sotsiaalkeskuse isemajandamine ja omatulu teenimine tasuliste teenuste osutamisega. Nii töötajad kui ka elanikud saavad nüüd nautida varasematest väga palju paremaid elu- ja töötingimusi. Peamist kergendust toob see, et enam ei pea puid tassima ega ahjusid kütma, toad on soojad aasta läbi. Keskus asub nüüd samas hoones rahvamaja ja raamatukoguga, tänu sellele on sotsiaalkeskuse elanikel parem ligipääs nii kohalikele kultuuriüritustele kui ka lugemisvarale.

Tulevikku vaadates

Olen sotsiaalvaldkonnas olnud vaid veidi üle kahe aasta, kuid tulevikku vaadates olen algusest peale teadnud, et sotsiaaltöö peaks muutuma mainekaks. Sotsiaaltöötaja ja sotsiaaltöö ei saa olla



Misso teenuskeskus

Foto: Viivika Nagel

minu arvates midagi iseenesest mõisteta-
vat, vaid nende inimeste ja selle valdkonna
väärtus peab järjest enam suurenema.

**Inimene peab saama ise kaasa
rääkida, mida ta vajab ja ootab –
see tagab kliendi ja sotsiaaltöötaja
koostöösuhte ning mõistmise.**

Oluline on ka kujundada inimeste arva-
musi ja muuta mõttemaailma. Ei tohiks
enam arvata, et sotsiaaltöö tähendab
ainult toetuste maksmist ja teenuste osu-
tamist. Jah, need on küll olulised, kuid
mõiste „sotsiaaltöö“ on märksa avaram.
Ükski rahaline toetus ei pane inimest
pingutama, pigem isegi vastupidi – annab

teadmise, et nii saab lihtsamalt. Päriselt
aitab inimest see, kui anda talle õng,
mitte kala.

Koostöövõimaluste ja projektide toel
tuleb töötada selle nimel, et inimene ei
peaks jooksuma eri asutuste vahet, kui tal
on tarvis sotsiaaltöötaja abi või nõusta-
mist: peaks olema üks uks, mille avamisel
ei tule järgmist avada. Töökorraldus peab
muutuma kliendi mõistes aina enam ja
enam isikukeskseks, kindlasti peab jääma
soe suhtumine ja pühendumine. Inimene
peab saama ise kaasa rääkida, mida ta
vajab ja ootab – see tagab kliendi ja sot-
siaaltöötaja koostöösuhte ning mõistmise.

Sotsiaaltöö ja -valdkond on nagu pusle,
millest üks tükk ilma teiseta ei ole tervik.
Just sellise terviku poole me püüdleme. 

**Jutta Saarevet**

puuetega inimeste õiguste valdkonna juht
õiguskantsleri kantselei

**Gevin Kalm**

halduskolleegiumi nõunik, Riigikohus

Puude raskusastme tuvastamisest lastel, ent mitte ainult

Riigikohtu otsuse kohaselt saab lapsele, aga ka vanemale inimesele määrata puude raskusastme, kui ta vajab ravi- toimingute tegemisel püsivalt kõrvalabi või juhendamist, mille puudumine ohustaks tema elu või tervist.

Sotsiaalkindlustusamet muutis 2019. aastal senist puude raskusastme kindlakstegemise korda. Seetõttu jäeti osal lastest puude raskusaste tuvastamata, kuigi varem oli seda tehtud. Lastele teenuste osutamine on ühel või teisel moel seotud ametlikult määratud puude raskusastmega, seega tähendas muudatus, et osa lapsi jäi abita. Sellele juhtis 2019. aasta lõpus tähelepanu ka Eesti Puuetega Inimeste Koja toonane juht (Habicht 2019). Selgitusi oma tegevuse ja selle kohta, kust lapsed peaksid abi saama, jagas sotsiaalkindlustusamet (Tammik 2019). Probleemiga tegeles ka õiguskantsler (Madise 2020).

Olukorda pidasid segaseks ja pingeliseks kõik, kes lapse puude raskusastme tuvastamisega kokku puutusid, sest seadusest saadi aru erinevalt. Lastele tähendas see

paraku tõrkeid neile vajaliku abi kättesaamisel. Eriti keerulises olukorras olid need puudega lapsed, kes vajavad tervise seisundi kontrolli all hoidmiseks ennetavat hoolt. Näiteks diabeeti põdevad lapsed, kelle seisundit nende vanemad hoolsalt jälgivad ja hoiavad, või fenüülketonuuriat põdevad lapsed, kes vajavad püsiva tervisekahju tekkimise ennetamiseks eritoitu, mida on kulukas hankida.

Riigikogu muutis seadust¹ ja lahendas ühe mure: harvikaigustega lastele sai hakata maksma toetust ka ilma puude raskusastet tuvastamata. Vahepeal olid need lapsed saanud abi eri kohtadest, muu hulgas ka Tartu Ülikooli Kliinikumi Lastefondilt, kes aitas maksta fenüülketonuuria diagnoosiga laste toidu eest.

¹ 10. aprilli 2020 jõustunud sotsiaalhoolekande seaduse, puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seaduse ning tööturuteenuste ja -toetuste seaduse muutmise seadus, RT I, 09.04.2020, 14.

Nüüd tuleneb õigusaktidest selgelt, et riik toetab lapse tervena püsimist, mis tähendab, et toetuse saamiseks ei pea ära ootama lapse tervise halvenemist. Kui lapsel on sotsiaalministri määruse² loetelus nimetatud harvikaigus (nt fenüülketonuuria, tsüstiline fibroos), siis on tal õigus toetust saada ka juhul, kui tema puude raskusastet pole tuvastatud. Kui selles loetelus oleva haigusega lapse seisund vastab puude raskusastme tunnustele, siis lapse puude raskusaste ka tuvastatakse ehk loetelus olev diagnoos ei välista automaatselt puude raskusastme tuvastamist. Ometi ei lahendatud selle ühe seadusemuudatusega kaugeltki kõiki laste puude tuvastamisega seotud muresid.

Avalikkuses jätkusid vaidlused selle üle, kas ja millise raskusastmega puude peaks määrama lapsele, kelle seisund sõltub vanemate toest ravitoimingute tegemisel ja raviplaani jälgimisel. Selle küsimusega pöörduti ka õiguskantsleri poole.

Puude tuvastamine oleneb paljudest asjaoludest ja konkreetne diagnoos ei ole automaatselt puude raskusastme määramise alus.

Üks rohkelt vaidlusi tekitanud diagnoose on diabeet. Seda põdevate laste tervis oleneb palju sellest, kuidas suudavad vanemad pühenduda ravitoimingutele, kui võrd õnnestub vanemate pingutuse tulemusena hoida haigus kontrolli all ja lapse tervises seisund halvenemast. Sellest, kuidas elu diabeeti põdeva lapsega välja näeb ja milline on selles vanema roll, saab lugeda Postimehe artiklist (Tammepuu 2020).

Sotsiaalkindlustusamet avaldas 2020. aastal oma kodulehel juhise, kus on selgitatud, mis kaalutlustest lähtutakse laste puuet tuvastades³. See muutis laste puude tuvastamise mõneti selgemaks, ent lõplikku selgust selles, mis on lapse õigused, siiski ei toonud. Niisamuti puudus endiselt selge vastus küsimusele, kas ja milline tähendus on vanemate panusel ravitoimingute tegemisel.

Riigikohus tegi 18. oktoobril 2021 otsuse (asjas nr 3-20-130), millega muutis lapse puude tuvastamise oluliselt selgemaks. Lõppes ka segadus, kuidas võtta arvesse lapsevanemate rolli raviskeemi järgimisel.

Riigikohtu lahendist ajendatuna tegi valitsus eelmise aasta lõpul Riigikogule ettepaneku muuta seadust nõnda, et kui laps vajab ravitoimingute tegemisel abi, võimaldab see tuvastada tema puude raskusastme.

Mida peab sotsiaalkindlustusamet ja lapsevanem edaspidi arvestama?

Kehtiva seaduse järgi tuvastatakse kuni 16-aastaselt lapsel puude raskusaste siis, kui laps vajab anatoomilise, füsioloogilise või psüühilise struktuuri, funktsiooni kaotuse või kõrvalekalde tõttu kõrvalabi või juhendamist teatud toimingutes (nt söömine) või hoopis järelevalvet. Puude raskusaste (sügav, raske, keskmine) oleneb sellest, kui tihti laps abi või järelevalvet vajab.

Tähtis on, et riigikohtu lahend andis vastuse küsimusele, kas kehtiva seaduse järgi saab lapsel tuvastada puude raskusastme ainuüksi selle tõttu, et ta ei oska ega suuda ise ravitoiminguid teha ning vajab selleks abi. Riigikohus leidis, et saab küll, kuid arvestada tuleb olukorda tervikuna ja iga juhtum on individuaalne⁴. See tähendab, et

² Loetelu kehtestatud sotsiaalministri 12. septembri 2008. aasta määrusega nr 49.

³ Selles artiklis ei arutleta juhise täpse õigusliku tähenduse üle.

⁴ Artikli selle osa eesmärk on anda Riigikohtu põhilistest seisukohtadest lihtsustatud ülevaade, mistõttu võib olla nende sõnastust muudetud. Riigikohtu täpsed seisukohad leiab otsusest.

iga krooniline haigus ei anna alust tuvastada puude raskusastet. Sotsiaalkindlustusametil tuleb hinnata, millist ja mis ulatuses abi laps vajab. Tuleb prognoosida ka abivajaduse kestust. Riigikohtu lahendist võib järeldada, et abivajadus peaks kestma vähemalt kuus kuud, sest see on lühim aeg, milleks puude raskusaste määratakse. Oluline on hinnata ka abi puudumise või äräjäämise võimalikke tagajärgi. Abi ravitoimingute tegemisel peab tagama, et lapse elu või tervis ei satuks käega-katsutavas tulevikus ohtu.

Kui laps vajab ravitoimingute tegemisel püsivalt abi, mille puudumine ohustaks tema elu või tervist, saab tal tuvastada puude raskusastme.

Tähelepanu tuleb juhtida ka sellele, et keerukad ja püsivalt vajalikud ravitoimingud ei ole üldiselt lapse eakohane tegevus. Seega ei ole puude raskusastme tuvastamisel mõõdupuuks kindlas vanuses laste keskmine võimekus ravitoiminguid teha vms, vaid hinnata tuleb konkreetse lapse oskust ja suutlikkust vajalike toiminguid teha.

Puude määramine oleneb paljudest asjaoludest ja konkreetne diagnoos ei ole automaatselt puude raskusastme tuvastamise alus. Küll aga võib lapsevanem Riigikohtu otsusest järeldada, et see, kui ta aitab oma lapse tervist hoida, ei takista kuidagi puude raskusastme tuvastamist. Puudega lapse toetus on mõeldud ka selleks, et hoida lapse tervislikku seisundit. See tähendab, et lapsevanem ei pea toetuse taotlemiseks ootama ära lapse seisundi halvenemist.

Kui laps vajab ravitoimingute tegemisel püsivalt abi, mille puudumine ohustaks tema elu või tervist, saab talle määrata

puude raskusastme. Abivajaduse kestuse ja ohu hindamisel tuleb paratamatult teha ka prognoosotsuseid. Kui aga laps üldjuhul suudab ravitoiminguid ise teha, võib kõne alla tulla puude raskusastme tuvastamine järelevalvevajaduse tõttu. Ka sel juhul tuleb ohte hinnata. Riigikohus leidis, et ravitoimingute üle tuleb teha järelevalvet siis, kui puudega isik oskab ja suudab neid üldjuhul küll teha, kuid on oht, et need jäävad puude tõttu tegemata või tehakse valesti ning see seab ohtu lapse elu või tervise. Märkimist väärib ka Riigikohtu seisukoht, et järelevalvevajadust ei välista asjaolu, et inimese tervislik seisund võib ravitoimingute tõttu üldiselt olla kontrolli all. Näiteks astma, diabeedi või epilepsia korral võib ootamatult vallanduda haigushoog, millele inimene ei suuda kiiresti reageerida. Järelevalve on vajalik, kui säärane oht on igapäevane.

Otsus peab olema arusaadav

Puude raskusastme tuvastamise otsus peab olema põhjendatud, et lapsevanem mõistaks, miks selline otsus tehti. Oluline ei ole põhjenduse pikkus, vaid sisukus ja selge sõnastus.

Riigikohus on töövõime hindamise ja tööealise inimese puude raskusastme tuvastamise kohta öelnud, et inimesele tuleb selgitada, kuidas (kehtestatud metoodikat rakendades) tema kohta otsust langetades tulemuseni jõuti. Selgitamine tähendab otsuse arusaadavaks tegemist, mitte seaduse ega määruste normide kopeerimist. Otsuse põhjendamine aitab tagada, et inimene mõistaks, miks selline otsus tehti⁵. Need põhimõtted kehtivad ka lapse puude raskusastme tuvastamise otsuse põhjendamisel.

Kui lapsevanem ei nõustu tema lapse kohta tehtud otsusega, on tal õigus esitada

⁵ Riigikohtu 5. septembri 2019. aasta otsus nr 3-17-1110/84, p 18.

vaie sotsiaalkindlustusametile või kaebus halduskohtule.

Mida teha, kui tundub, et lapse puude tuvastamise otsus oli vale?

Sotsiaalkindlustusamet ei vaata oma algatusel otsuseid Riigikohtu lahendi alusel ümber, ent lapsevanem saab pöörduda sotsiaalkindlustusametisse uue menetluse taotlusega. Sotsiaalkindlustusamet palub enne uue taotluse esitamist veenduda, et tervise infosüsteemi (www.digilugu.ee) on lapse kohta tehtud tema seisundit kirjeldavad sissekanded,

sest siis jõuab info ka puude raskusastet tuvastavate spetsialistideni ja sotsiaalkindlustusamet saab otsuse tegemisel sellele toetuda.

Vanaduspensioniealised puude raskusastme tuvastamise taotlejad

Kuigi Riigikohus lahendas lapsega seotud juhtumi, ei piirne lahendi mõju üksnes lastega. Säte, mille lünga Riigikohus täitis, kehtib ka vanaduspensioniealiste inimeste kohta. Ka nende puhul tuleb nüüd võtta arvesse abivajadust ravitoimingute tegemisel. 

Viidatud allikad

Habicht, A. (2019). Ringmäng puudega lapse ümber. ERR, 30. oktoober.

www.err.ee/997423/anneli-habicht-ringmang-puudega-lapse-umber (14.01.2022).

Madise, Ü. (2020). Võrdne kohtlemine. Teoses „Õiguskantsleri aastaülevaade 2019–2020“.

www.oiguskantsler.ee/ylevaade2020/vordne-kohtlemine#p1 (14.01.2022).

Sotsiaalkindlustusamet (2020–2021). Puude raskusastme tuvastamise põhialused lastel.

https://sotsiaalkindlustusamet.ee/sites/default/files/content-editors/Dokumendid/puude_raskusastme_tuvastamise_pohialused_lastel_v.6_21.06.2021.pdf (14.01.2022).

Tammepuu, K. (2020). Riigi uus praktika lõhub diabeedilapse turvavõrku. Postimees, 2. september.

<https://leht.postimees.ee/7052518/riigi-uus-praktika-lohub-diabeedilapse-turvavorku> (14.01.2022).

Tammik, M. (2019). Väärarvamustest puudega laste abistamise kohta. ERR, 23. oktoober.

www.err.ee/994925/meris-tammik-vaararvamustest-puudega-laste-abistamise-kohta (14.01.2022).

Kärt Muller, Merle Malvet

õiguskantsleri nõunikud

Vana inimene igatseb koju tagasi

Pühendunud sotsiaaltöötajad annavad alati oma parima inimeste aitamiseks. Silmas aga tuleb pidada ka abistatava soove ja täpselt järgida õigusakte ning otsused dokumenteerida ja põhjendada.

Sotsiaaltöötajad teevad iga päev rasket ja vajalikku tööd. Siiski ilmub ajakirjanduses aeg-ajalt mõni kõnetav lugu ühiskonna normidega vastuolus oleva eluviisiga inimesest, kelle käekäik ei lähe justkui ühelegi kohalikule sotsiaaltöötajale korda. Tõepoolest võib juhtuda, et inimene keeldub talle pakutud abist, kujutledes, et saab oma eluga iseisestvalt hakkama. Aja jooksul ja asjasse süüvides võib aga siiski selguda, et nii see pole: inimene ei suuda kodus korda ega ohutust tagada ning võib kogemata isegi tulekahju põhjustada. Abi hilinemise korral võib ta seega hoopis halvemasse olukorda sattuda.

Ühest niisugusest artiklist ajendatuina uurisime, milline oli tegelikult loo n-ö köögi-pool, sest tekkis kahtlus, et peategelane ei suuda võimaliku psüühikahäire tõttu ise oma õiguste eest seista.

Artiklist võis lugeda, et omavalitsus ei abistanud inimest piisavalt, kui too elas oma kodus¹. Inimene elas üksi, tarvitas sageli alkoholi, kodu eest ei hoolitsenud. Pangakaardi andis usaldusalusele, kes tõi süüa ja alkoholi. Pikapeale muutus kodu elamiskõlbmatuks. Kaks korda toimetas

sotsiaaltöötaja inimese elama sotsiaalkorterisse. Esimesel korral tõi usaldusalune ta kohe koju tagasi. Teisel korral ei osanud inimene sotsiaalkorterist lahkudes enam koju minna. Nõnda korraldas kohalik omavalitsus talle koha hooldekodus, kuni ilmuski lehelugu, millest selgus, et inimene igatseb koju tagasi.

Mõnikord on siiski kasulik teha pool rehkendust ehk hinnata kõige kriitilisemaid asjaolusid uuesti.

Kiiganud „kööki“, näeme, et kõrvaltvaatajana on kohaliku omavalitsuse sotsiaaltööle õiglaseid hinnanguid anda üsna võimatu, kui pole kuskilt näha, et inimese abivajadust oleks terviklikult hinnatud ning puudub kirjalik jälg, millist abi ja mis tingimustel pakuti ning miks võis olla vastumeelne abi vastu võtta. Valla või linna ebajärjekindel tegutsemine küsimuses, kas abivajaja saab jutust ja ümbritsevast aru, ei tee samuti seisu-kohavõttu kergeks. Seega tuleb positiivse

¹ Autorite soov on jätta nii loo peategelane kui ka kohalik omavalitsus anonüümseks. Näidet on kasutatud selleks, et ilmetada toodud probleeme ja järeldusi.

hinnangu andmise asemel paratamatult võtta seisukoht, et pole kindel, kas inimene sai kogu vajaliku abi, mida vald või linn oli kohustatud andma.

Kirjalikult põhjendatud otsust on vaja selleks, et inimene teaks, millised on tema õigused ja miks vald või linn tegi tema kohta sellise otsuse.

Ühtpidi tahaks pakkuda, et kõik sammud astutaks nagu kord ja kohus uuesti, kuid paraku ei pruugi see inimese seisukohalt alati parema tulemuseni viia. Mõnikord on siiski kasulik teha pool rehkendust ehk hinnata kõige kriitilisemaid asjaolusid uuesti (nt hinnata uuesti, kas inimene soovib hooldekodus elada; kas ta suudab teha väikeste; milline on õiglane omaosalus teenuse eest tasumisel jne).

Abivajaduse hindamine ja abi andmise otsused

Kõnealusel juhul jäi selgusetuks, kas ja millal on abivajadust terviklikult hinnatud. Saime küll selgitused, et esimest korda abistati inimest juba kümme aastat tagasi. Kaks aastat hiljem pakuti talle sotsiaalkorteri kasutamise võimalust, millest too keeldus. Pärast seda ei lubanud inimene sotsiaaltöötajat aastaid oma koju. Dokumenteeritud kodukülastused tehti mõned aastad tagasi kolmel korral kuuajalise vahega. Järgmine kodukülastusakt koostati rohkem kui aasta hiljem.

Kodukülastusaktid kirjeldasid küll eluaseme seisukorda, kuid mitte inimese tegelikku abivajadust. Siiski selgus valla edastatud teabest, et viimasel ajal võttis inimene vastu talle pakutud toiduabi.

Sotsiaalkorteri pakuti inimesele uuesti kahel korral. Korteri üürileandmise otsuseid

ega kasutamise lepinguid pole ega ole ka teada, kas ja millal täpselt on inimese abivajadust terviklikult hinnatud, seetõttu ei ole tagantjärele võimalik öelda, mis tingimustel ja miks just sellist abi pakuti ning miks näiteks ei pakutud lisaks tugiisikuteenust.

Seejärel tekkis kohalikul omavalitsusel kahtlus, et inimene ei saa talle räägitust ega ümbritsevast aru, mistõttu vormistati korraldus, millega ta suunati üldhooldusteenu-sele. See oli ka kümne aasta jooksul esimene kord, kui inimese kohta tehti kirjalik otsus. Korraldusest selgus, et inimene tasub teenuse eest 95% oma igakuisest pensionist. Korralduses puudusid aga teenuse eest tasumise arvestuse alused, samuti põhjendus, miks jäeti isiklike kulude katteks alla paarikümne euro.

Talita targasti

Sotsiaalhoolekande seaduse (SHS) järgi peab vald või linn tegema iga abitaotleja kohta otsuse, kas inimene vajab abi, millist abi ta vajab ning kui suures ulatuses ja mis tingimustel seda talle antakse. Otsus peab põhinema SHS § 16 põhimõtetel ja sisaldama sotsiaalseadustiku üldosa seaduse §-s 26 nimetatud andmeid. Sotsiaalteenuse osutamise otsus on kaalutusotsus, see peab olema kirjalik ja põhjendatud, sisaldama kaalutlusi, millest otsuse tegemisel on lähtutud (haldusmenetluse seaduse §-d 55, 56).

Kirjalikult põhjendatud otsust on vaja selleks, et inimene teaks, millised on tema õigused ja miks vald või linn tegi tema kohta sellise otsuse. Otsusest peab ka selguma, kuidas sotsiaalteenused aitavad parandada toimetulekut, miks abivajaduse korral peetakse vajalikuks just sellist sotsiaalteenust ja sellises mahus ning kas ja miks on vald või linn otsustanud sotsiaalteenuse tasumisel inimest just sel määral abistada.

Kirjalikus otsuses talletatakse abi andmise põhjused (sh nii abivajaduse kirjeldus kui ka olukorra faktilised asjaolud), see võimaldab vähendada hilisemaid vaidlusi otsuse sisu üle. Lisaks vähendab see haldusorgani koormust lisaselgituste jagamisel, sest inimene leiab vastused juba haldusaktist. Samuti võimaldab see haldusakti vaidlustamisel paremini välja tuua oma vastuväited ja nende põhjendused.

Piiratud teovõimega inimese tahteavaldus ja talle abi andmine

Nagu tähelepanelik lugeja juba märgata võis, pakuti üldhooldusteenust põhjusel, et inimene ei pruukinud talle selgitatud jutust ja ümbritsevast hästi aru saada. Kohalik omavalitsus taotles sel põhjusel kohtult ka eestkostja määramist. Päev enne seda allkirjastas inimene aga avalduse usaldusaluse käes oleva pangakaardi üleandmiseks sotsiaaltöötajale. Pärast eestkostja määramise taotluse esitamist palus kohalik omavalitsus inimesel kirjutada alla ka hooldusteenuse osutamise lepingule. Mõne aja pärast määras kohus eestkostja.

Ainult kohus saab seaduses sätestatud korra alusel kohustada inimest viibima hoolekandenasutuses tema nõusolekuta.

Kui inimene ei ole võimeline ümbritsevat mõistma ega adekvaatseid otsuseid tegema, ei pruugi tema allkirjaga avaldus ja väljaspool kodu osutatava üldhooldusteenuse leping väljendada tema nõusolekut. Seepärast tekkis küsimus, kas inimene oli kohaliku omavalitsuse hinnangul üldse

võimeline lepingu sisust ja tähendusest aru saama ning kas inimene oli tegelikult nõus hooldekodus elama ja sellistel tingimustel teenuse eest tasuma.

Retseptisoovituse

Kui kohalik omavalitsus kahtleb tugevalt abivajaja arusaamisvõimes, on kohasem paluda kohtul tsiviilkohtumenetluse seadustiku (TsMS) § 521 alusel rakendada esialgset õiguskaitset ja määrata inimesele ajutine eestkostja. Esialgse õiguskaitse rakendamise avalduses tuleb näidata, miks on vaja kiiresti lahendada esialgne esindusõigus, näiteks selgitada, et inimese pangakaardid on kolmanda isiku käes, abivajaja kasuks on vaja sõlmida üldhooldusteenuse osutajaga leping vms.

Mõnikord võib tekkida kahtlus, kas eestkostte seadmise eeldused on täidetud. See ei tähenda siiski, et inimese varem antud volitused oleks tühi. Varasemad otsused – näiteks pangakaardi hoiule andmine usaldusaluse kätte – võisid olla tehtud arusaamisvõimelisena. Eestkostja (sh ajutine eestkostja) saab vajaduse korral selle volituse tagasi võtta ja kaardid tagasi küsida (vt ka Riigikohtu 15. juuni 2021. aasta otsus asjas nr 2-19-8577, p 15).

Abivajaja tahte ja võimetele vastava abi osutamine

Kohalikule omavalitsusele kui eestkostjale oli eestkostemäärusega antud õigus teha inimese nimel ja huvides vajalikke tehinguid, sealhulgas õigus teha otsuseid ööpäevaringse hooldusteenuse osutamiseks (vt ka Riigikohtu 11. märtsi 2020. aasta otsus asjas nr 2-13-70131, p 16).

Vestlesime telefoni teel hooldekodu juhatajaga, kelle sõnul on inimene hooldekodu eluga harjunud. Ebaselgeks jäi siiski, kas inimene ikka soovib elada

hooldekodus. Sarnastel juhtudel oleks õigem selgitada välja inimese tegelik tahe tema tervislikku seisundit arvestades. Kui kõik märgid näitavad, et inimene ei soovi hooldekodus elada, vaid tahab koju naasta, on tema hooldamine nõusolekuta võimalik vaid siis, kui esinevad SHS-i §-s 105 kirjeldatud asjaolud (täisealise nõusolekuta hooldamise alused). Ainult kohus saab TsMS-i §-des 533–538 sätestatud korra alusel kohustada inimest viibima hoolekandenasutuses tema nõusolekuta.

Inimeste õigusi, sealhulgas õigust teha oste, võib piirata vaid juhul, kui see on hädavajalik.

Kohtuekspertiisiakti infost jäi mulje, et inimene võib tegelikult olla võimeline sooritama väiksemaid oste iseseisvalt. Seega, kui olukorra rahunemise ja tervisliku seisundi stabiliseerumise korral suudab inimene teha iseseisvalt oste väiksema rahasumma ulatuses, tuleks eestkostja nõusolekul talle see võimalus anda. Eestkostjal on võimalik need ostud tagantjärele heaks kiita ja suuremat õiguslikku segadust sellest ei tekiks. Kui aja jooksul selgub, et väikeste ostude tegemist ei olegi põhjust piirata, tuleb eestkoste ulatust vastavalt muuta. Isikliku raha kasutamise kohta otsuste tegemine on oluline inimväärikuse tagamiseks ja vabaks eneseteostuseks. Inimeste õigusi,

sealhulgas õigust teha oste, võib piirata vaid juhul, kui see on hädavajalik.

Eestkostetava suhtlusõigus

Kohalik omavalitsus oli eestkostjana pidanud vajalikuks piirata inimese suhtlust ajakirjanikega, sest too ei olnud alati võimeline ümbritsevat mõistma.

Eestkostja ülesanded määrab kindlaks kohus, lähtudes sellest, et eestkoste seatakse vaid nende ülesannete täitmiseks, milleks see on vajalik (perekonnaseaduse § 203 lg 2). Kuigi kohus oli lubanud kohalikul omavalitsusel korraldada inimese igapäevaelu, ei andnud kohtumäärus õigust otsustada, kellega ta võib suhelda. Sestap ei olnud kohalikul omavalitsusel eestkostjana õigust piirata inimese suhtlust, sealhulgas ajakirjanikega.

Igal inimesel on õigus eraelu puutumatuks, sealhulgas õigus luua suhteid ja suhelda enda valitud inimestega (Eesti Vabariigi põhiseaduse § 26). Seda õigust kaitseb ka puuetega inimeste õiguste konventsiooni artikkel 22, mis rõhutab, et keelatud on meelevaldselt ja ebaseaduslikult sekkuda puudega inimese eraellu, kirjavahetusse või muusse suhtlusse.

Seega, kui oli näha, et ajakirjanikuga suhtlemine võib halvasti mõjutada eestkostetava heaolu, saanuks eestkostetavale arusaadavalt ja erapooletult selgitada, kuidas võib suhtlemise käigus ajakirjanikule avaldatu tema heaolu mõjutada. Kohalik omavalitsus oleks võinud aidata eestkostetaval otsustada, kas, kellele ja millist teavet jagada. 

**Helen Maria Raadik***hüvitiste osakonna äriteenuste talituse nõunik, sotsiaalkindlustusamet*

Vanemahüvitiste ja lapsepuhkuste uus kord

Juba 1. aprillil jõustuvad vanemahüvitiste ja lapsepuhkuste korra muudatused, mille eesmärk on muuta lapsi kasvatava pere elu lihtsamaks ja sujuvamaks.

Tänavu jõustuvad muudatused on juba 2018. aastal alanud vanemahüvitiste ja lapsepuhkuste süsteemi uuenduste viimane etapp. Muudatused on eelkõige lähtunud sellest, et vanemad saaks pandlikult ise oma elu mugavalt planeerida, kui perre on saabunud uus ilmakodanik.

Näiteks lisab paindlikkust jagatav vanemahüvitis ja võimalus ajatada lapsepuhkus kuni 14 aasta peale. Mugavust annab hüvitiste koondumine sotsiaalkindlustusameti alla. Püüame teenuse tingimused esitada võimalikult arusaadavalt ja suunata lapsevanemad iseteenindusse, kus on lihtne oma hüvitisi ja puhkusi planeerida.

Emapuhkus ja ema vanemahüvitis

Rasedus- ja sünnituspuhkus nimetatakse 1. aprillist 2022 emapuhkuseks. Sel ajal maksab emale hüvitist sotsiaalkindlustusamet. Kui haigekassa maksab sünnitushüvitist 140 päeva eest ühekordse maksena, siis

sotsiaalkindlustusamet hakkab maksma ema vanemahüvitist kuu kaupa maksimaalselt 100 kalendripäeva eest. Kuigi algul võib tunduda, et ema vanemahüvitist makstakse vähem aega kui senist sünnitushüvitist, ei ole see siiski nii – 40 päeva liigub hoopis jagatava vanemahüvitise alla. Seega ükski päev kaduma ei lähe ning perel tekib juurde rohkem paindlikust vanemahüvitise väljavõtmisel.

Ema vanemahüvitis makstakse välja järgmise kuul eelmise kuu eest. Hüvitis makstakse välja 8. kuupäeval nagu ka praegu perehüvitised, mille maksmist sotsiaalkindlustusamet korraldab.

Lapsehoolduspuhkus nimetatakse ümber vanemapuhkuseks ning rasedus- ja sünnituspuhkus emapuhkuseks. Kehtima hakkavad neli vanemahüvitise liiki: ema, isa, jagatav ja lapsendaja vanemahüvitis.

Emapuhkusele on töötaval emal võimalik jääda kuni 70 päeva enne lapse eeldatavat sündi. Emapuhkuse pikkus saab olla 30–100 järjestikust kalendripäeva olenevalt puhkusele jäämise algusest.

Näide 1. Kui ema jääb 70 päeva enne lapse eeldatavat sündi emapuhkusele, on tema emapuhkuse kestus 100 päeva.

Näide 2. Kui ema jääb vähemalt 31 päeva enne lapse eeldatavat sündi emapuhkusele, on tema emapuhkuse kestus vähemalt 60 päeva.

Sellisel juhul jääb emal tema soovil kuni 40 kalendripäeva emapuhkust kasutamata. Ema kasutamata ema vanemahüvitise päevad kanduvad sellisel juhul jagatava vanemahüvitise perioodi, mida on võimalik soovi korral mõlemal vanemal paindlikult kasutada.

Näide 3. Kui ema jääb emapuhkusele hiljem kui 30 kalendripäeva enne lapse eeldatavat sündi, on tema emapuhkuse kestus vähemalt 30 päeva. Sel juhul ei kandu kasutamata ema vanemahüvitise päevad jagatava vanemahüvitise perioodi. See on nii ema kui ka lapse tervise huvides, et ema hiljemalt 31 päeva enne lapse eeldatavat sündi puhkaks ja endale aega võtaks.

Emapuhkus on mõeldud ainult emale ja sel ajal ta töötada ei tohi. Emale, kes enne lapse sündi ei töötanud, makstakse ema vanemahüvitist 30 päeva alates lapse sünnist.

Ülemineku periood

Lapse eeldatavast sünnikuupäevast oleneb, kas tema emale rakendub vana või uus kord.

- Kui rasedus- ja sünnituspuhkuse ning sünnitushüvitise õigus tekib enne 2022. aasta 1. aprilli, makstakse sünnitushüvitist senini kehtinud korra alusel.
- Kui lapse eeldatav sünnikuupäev on **9. juunil 2022 või enne seda** (ja seega on emal tekkinud rasedus- ja sünnituspuhkuse õigus enne 1. aprilli), kehtib emale senine rasedus- ja sünnituspuhkuse kord

ning ema saab haigekassalt sünnitushüvitist eelmise kalendriaasta sotsiaalmaksuga maksustatud tulu alusel kuni 140 kalendripäeva.

- Kui lapse eeldatav sünnikuupäev on **10. juunil 2022 või pärast seda** (ja seega on emal tekkinud emapuhkuse õigus 1. aprill või pärast seda), kehtib uus emapuhkuse ja ema vanemahüvitise kord. Emapuhkuse õigus on kuni 100 kalendripäeva ja seda tasustatakse ema vanemahüvitisega. Ema vanemahüvitist arvutatakse alati lapse eeldatava sünnikuupäeva järgi. Seega võib emal ema vanemahüvitise suurus erineda jagatava vanemahüvitise suuruselt, sest jagatav vanemahüvitist määratakse lapse tegeliku sünnikuupäeva järgi. Kõigi vanemahüvitiste, sh ka ema vanemahüvitise arvutamisel võetakse üldjuhul arvesse raseduseelse 12 kuu sotsiaalmaksuga maksustatud tulu.
- Kui ema ei tööta, hakkab tema jaoks uus kord kehtima juhul, kui laps sünnib 1. aprillil või pärast seda.

Isa vanemahüvitist

Isa vanemahüvitisega 1. aprillil 2022 sisulisi muudatusi ei kaasne, muutub üksnes hüvitise nimetus. Kehtima jäävad samad õigused nagu kehtivad isa täiendava vanemahüvitisega praegu. Seega on isal õigus 30-päevasele isapuhkusele, millega kaasneb isa vanemahüvitist.

Isa vanemahüvitise õigus on nii töötaval kui ka mittetöötaval isal, kuid hüvitise saamise ajal isa tööd teha ei tohi. Hüvitist saab 30 kalendripäeva eest, mida saab kasutada alates 30 päeva enne lapse eeldatavat sünnitähtaega kuni lapse kolmeaastaseks saamiseni. Hüvitist saab välja võtta päevade kaupa või järjest ühe pikema perioodina. Isegi kui isa jääb isapuhkusele enne lapse sündi, makstakse isa

vanemahüvitist alati lapse sünni järel pärast seda, kui laps on rahvastikuregistris registreeritud ja nime saanud.

Jagatav vanemahüvitis

Seni kehtinud korra järgi said vanemad otsustada lapse 71-päevaseks saamisel, kumb vanematest jääb vanemahüvitist saama, kuid 1. aprillist saab seda teha üldjuhul juba lapse 31 päeva vanuseks saamisel. Sellest päevast tekib vanematel võimalus jääda vanemapuhkusele ning hakata saama jagatavat vanemahüvitist. Vanemapuhkusele jäämiseks peab vanem esitama tööandjale avalduse kuni 30 kalendripäeva enne puhkusele jäämist. Vanemapuhkusel on vanemal õigus olla kuni lapse 3-aastaseks saamiseni.

Vanemahüvitised pakuvad mõlemale lapsevanemale võimaluse kuni 60 kalendripäeva korraga koju jääda.

Jagatavat vanemahüvitist on võimalik saada 475 päeva ulatuses ja kasutada kalendripäevade kaupa. Kui emal ei olnud enne lapse sündi töö- või teenistussuhet ning tal oli õigus 30-päevasele ema vanemahüvitisele, on jagatava vanemahüvitise periood 515 päeva.

Lisaks tekib lapsevanematel võimalus võtta vanemahüvitist kuni 60 päeva ulatuses samaaegselt ja saada samal ajal vanemahüvitist. Siiski tasub tähele panna, et korraga võetud päevade arvu võrra vähendatakse vanemahüvitise maksmise kogukestust. Jagatava vanemahüvitise ajal võib töötada ja tulu teenida.

Hooldus- ja lapsendajapered saavad võimalusi juurde

Sotsiaaltöötajatel on oluline teada, et lapsendamispuhkuse ja -hüvitise saamise õigust laiendatakse hoolduspere vanematele ning alaealise uude perre lapsendajatele ja tekib uus vanemahüvitise liik – lapsendaja vanemahüvitis.

Lapsendaja vanemahüvitisele on õigus lapsendaja puhkusele jääval töötaval lapsendajal või hoolduspere vanemal, kellel on õigus saada ajutise töövõimetuse hüvitist ravikindlustuse seaduse alusel. Lapsendajal või hoolduspere vanemal on õigus saada lapsendaja vanemahüvitist 70 kalendripäeva kuue kuu jooksul alates lapsendamise kohtuotsuse jõustumise või hoolduspere vanema lepingu sõlmimise päevast.

Kehtiva süsteemi kohaselt on lapsendamispuhkusele ja -hüvitisele olnud õigus kuni 10-aastase lapse lapsendajal, kuid uue süsteemi kohaselt on 70-päevasele lapsendajapuhkusele ja -hüvitisele õigus lapsendajatel või hoolduspere vanematel kuni lapse 18-aastaseks saamiseni (v.a peresise lapseendamise korral). Eelkõige on see mõeldud selleks, et toetada pere kohanemist muutustega.

Vanemahüvitised pakuvad mõlemale lapsevanemale võimaluse kuni 60 kalendripäeva korraga koju jääda.

Lapsendaja puhkust ja sellega kaasnevat lapsendaja vanemahüvitist on edaspidi võimalik soovi korral kasutada järjest või päevade kaupa ning jagades hüvitise saamist teise lapsendajaga. Näiteks võivad mõlemad lapsendajad võtta 35 päeva lapsendajapuhkust samal ajal, saades mõlemad lapsendaja vanemahüvitist. Lapsendaja vanemahüvitist arvutatakse, võttes aluseks 12 kuu keskmise sotsiaalmaksuga maksustatud tulu kolm kalendrikuud enne lapsendamist. Muudatusega soodustatakse vanemliku hooleta laste kasvamist hoolekandenasutuste asemel peres ja võimaldatakse lapsendajapuhkus kõigile lapse uude perre lapsendajatele.

Kui lapsendatakse alla 3-aastane laps, kelle bioloogiline vanem ei ole kõiki vanemahüvitise päevi ära kasutanud, tekib lapsendajal jagatava vanemahüvitise õigus.

Lapsepuhkust saab võtta kümme päeva lapse 14-aastaseks saamiseni

Ka lapsepuhkuse võtmise kord muutub 1. aprillist. Edaspidi antakse lapsepuhkust mõlemale vanemale eraldi ja iga last arvestades: kummalgi vanemal on iga 14-aastase ja noorema lapse kohta kogu perioodi peale kokku kümme lapsepuhkuse päeva (kahe peale 20 päeva).

Puhkust ei arvestata enam aasta kaupa, vaid kõik päevad jaotuvad lapse 14-aastaseks saamiseni. Lapsepuhkust saab iga lapse eest eraldi, kuid mitte rohkem kui 30 päeva aastas ühe vanema kohta kõigi laste eest kokku. Näiteks kui vanemal on viis last, ei saa ta ühes kalendriaastas kasutada 50, vaid maksimaalselt 30 lapsepuhkuse päeva.

Lapsepuhkuse päeva eest maksab riik hüvitist, mis on 50% vanema varasema keskmise sissetuleku põhjal arvutatud päevatasust, kuid mitte alla töötasu

alammäärast arvutatud päevamäära, mis on 2022. aastal 30,78 eurot.

Puudega lapse vanema lapsepuhkus

Paljud sotsiaaltöötajad toetavad puudega lapsi ja nende peresid, seega on kindlasti oluline teada, et nagu ka varem, saavad puudega lapse vanemad ühise õigusena lisaks ühe tööpäeva kuus puudega lapse vanema lapsepuhkust kuni 18-aastase (k.a.) lapse puhul.

Tähele tuleb panna, et puudega lapse vanema kasutamata lapsepuhkuse päevad kanduvad 1. aprillist edasi ja neid on terve 2022. aasta jooksul õigus kasutada. Seega, kui vanematel on 2022. aasta jaanuari, veebruari ja märtsi eest puhkusepäevad kasutamata, kanduvad need üle uue seaduse perioodi.

Erisus enneaegsena sündinud laste ning mitmike vanematele

Enneaegsena sündinud laste vanematele ning kolmikute ja enamaarvuliste mitmike vanematele tehakse erisus: kui vanemad kasutavad koos vanemahüvitise saamise võimalust 60 päeva ulatuses, ei vähendata neil vanemapuhkuse koguperioodi rohkem kui 30 päeva. 

NB! Lapsevanemal on 2022. aastal õigus ära kasutada kuni 31. märtsini vana seaduse alusel ette nähtud kolm või kuus päeva lapsepuhkust. See ei vähenda ega muuda 1. aprillist kehtima hakkava seaduse alusel antava lapsepuhkuse päevade arvu.

Muudatuste osas võib küsimustega pöörduda sotsiaalkindlustusameti klienditeenindusse või esitada oma küsimus sotsiaalkindlustusameti iseteeninduses.

**Lagle Kalberg***erihoolekande ja rehabilitatsiooni talituse juhataja, sotsiaalkindlustusamet*

Erihoolekanne ja sotsiaalne rehabilitatsioon

Tutvustame lähemalt, kuidas on erihoolekandeteenused ja sotsiaalne rehabilitatsioon korraldatud ning mida on viimastel aastatel tehtud teenuste kvaliteedi tagamiseks ja koroonakriisist tingitud raskuste ületamiseks.

Eelmises ajakirjanumbris tutvustati uutset tööviisi, mille korral katseprojekti osalevates kohalikes omavalitsustes pakutakse psüühilise erivajadusega inimestele erihoolekande ja sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuste eri osadest koostatud abipaketti (Tsuiman 2021). Samal ajal jätkatakse sotsiaalkindlustusameti (SKA) koordineerimisel ka mõlemat liiki teenuste tavapärasest osutamisest.

Erihoolekandeteenused

Erihoolekandeteenused on ette nähtud psüühilise erivajadusega inimestele, kellel vaimse tervise olukorra tõttu on vaja igapäevaelus tegevusjuhendaja tuge, nõustamist ja abi, vajaduse korral ka järelevalvet. Teenuste eesmärk on toetada iseseisvat toimetulekut. Põhimõte on, et teenuse saaja peaks ise maksimaalselt igapäevaelu tegevusse panustama, juhendamist ja abi pakutakse vajaduse järgi. Tähtis on teada, et sotsiaalteenuste

osutamisel ja abi andmisel arvestatakse inimese tahet ehk vastu inimese tahtmist kedagi toetada, juhendada ega aidata ei saa, v.a kohtumäärusega teenus, vt sotsiaalhoolekande seadus (SHS) § 12.

Erihoolekandeteenustel on kaks peamist sihtrühma: intellektipuudega ja psüühikahäirega inimesed ning teenuseosutajad on spetsialiseerunud ühele või teisele sihtrühmale.

Erihoolekandeteenuse saamiseks esitab inimene või tema esindaja taotluse SKA-le. Ameti konsultant hindab teenusele soovija erihoolekandeteenusele õigustatust ning abi- ja toetuse vajadust.

Võib ka juhtuda, et inimest on vaja toetada mõne muu sotsiaalteenusega, nt kohaliku omavalitsuse korraldatav tugiisiku- või eluasemeteenus. Kui selgub vajadus mõne erihoolekandeteenuse järele, aitab konsultant valida sobiva teenuseosutaja. Enne otsuse tegemist tasub

alati minna kohale teenuseosutaja juurde, et oma silmaga näha sealseid tingimusi, tutvuda töötajatega ja vaba aja sisustamise või muude tegevusvõimalustega. Võimalik on korraldada kolmepoolne kohtumine, kus osalevad teenusele soovija koos lähedas(t)ega, erihoolekandetasutuse töötaja ning SKA konsultant. Kui on olemas vaba teenuskoht ja teenuseosutaja sobib, väljastatakse suunamisotsus ning inimene saab asuda teenusele kohe.

Kui soovitud teenuseosutaja juures ei ole vaba teenuskohta, pakutakse inimesele vabu teenuskohti teistes asutustes. Kui teenusele soovija neid kohti vastu võtta ei soovi, võetakse ta algselt kavandatud koha järjekorda. Tuleb nentida, et teinekord tuleb teenusele pääsemist kauem oodata, sest riigieelarves ei ole parajasti raha, et inimesi erihoolekandeteenustele juurde võtta.

Pannakse rõhku sellele, et inimese erinevad eluvaldkonnad ja eluperioodid oleksid kaetud kogukonnateenustega.

SKA tasub teenuseosutajale inimesele osutatud teenuste eest arвете alusel. Kogukonnas elamise teenuse ja ööpäevaringse erihool-dusteenuse korral peab inimene ise maksma toidu ja majutuse eest ehk teenusel on omaosalus – maksimaalne riigi osalus keh-testatakse igaks eelarveaastaks riigieelarvega. Kui inimesel ei jätku raha omaosaluse eest tasumiseks, saab ta taotleda SKA-st puudu-jääva osa hüvitamist.

Erihoolekandeteenuste liigid

Eestis osutatakse 11 erihoolekandeteenust, mis jagunevad toetavateks ja ööpäevaring-seteks. Esitan järgnevalt ka lühendid, mida tihti kasutatakse.

Toetavad erihoolekandeteenused

1. IET – igapäevaelu toetamise teenus
2. IETaut – igapäevaelu toetamise teenus autismispektri häirega inimesele
3. PNH – igapäevaelu toetamise teenus päeva- ja nädalahoiu teenusena
4. TE – toetatud elamise teenus
5. TT – töötamise toetamise teenus
6. KE – kogukonnas elamise teenus
- Ööpäevaringsed teenused
7. ÖE – ööpäevaringne erihool-dusteenus
8. ÖEaut – ööpäevaringne erihool-dustee-nus autismispektrihäirega inimesele
9. ÖL – ööpäevaringne erihool-dusteenus sügava liitpuudega inimesele
10. ÖR – ööpäevaringne erihool-dusteenus ebastabiilse remissiooniga inimesele
11. ÖK – ööpäevaringne erihool-dusteenus kohtumääruse alusel

2021. aasta lõpus oli 7326 täidetud erihoolekande teenuskohta, neist 70% toetavatel ning 30% ööpäevaringsetel erihoo-lekande teenustel (inimene saab kasutada korraga mitut toetavat teenust, nt toetatud elamine ja töötamise toetamine).

Teenuse osutamise tulemuslikkust hindab teenuseosutaja vähemalt kord aastas, sellele eelneb iga kolme kuu tagant analüüs ja kokkuvõtte teenuse saaja edusammudest ning toimetulekust (vormistatakse tegevusplaani). Kui teenuseosutaja hinnangul on vaja inimese ees-märke ja nendega seotud tegevust muuta, siis tehakse seda kohe vajaduse tekkides. Teenuseosutajal on võimalus konsulteerida SKA konsultandiga, näiteks kui inimese vajadustest lähtudes võib kaaluda ümbersuunamist tema jaoks sobivamale teenusele või kui inimene vajab veel mõnd toetavat teenust.

Eestis on erihoolekandes võetud suund pakkuda rohkem toetavaid erihoolekandeteenuseid ja vähendada ööpäevaringsete teenuste mahtu. Pannakse rõhku sellele, et inimese erinevad eluvaldkonnad ning eluperioodid oleksid kogukonnateenustega kaetud.

Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenus

Rehabilitatsiooniteenus on kompleksne rehabiliteerivate tegevuste kogum, millega püütakse saavutada erivajadusega inimese või abivajava lapse elukvaliteedi, toimetuleku-, tegevus- ja osalusvõime paranemine.

Haigekassa rahastatud taastusravi on suunatud eelkõige teenuse kasutaja funktsioonide ja struktuuride taastamisele, kuid nii sotsiaalne kui ka tööalane rehabilitatsioon, mida korraldavad vastavalt SKA ja töötukassa, peavad silmas eeskätt toimetuleku parandamist, arvestades inimese tervise seisundit ja sellest tulenevaid eripärasid. Tööalane ja sotsiaalne rehabilitatsioon on teineteist välistavad teenused, taastusravi aga eraldi tervishoiuteenus.

Inimese motiveeritus ja eesmärgi sõnastamine on rehabilitatsiooniprotsessi kesksed tegurid.

Teenuse sisu poolest on tööalasel ja sotsiaalsel rehabilitatsioonil oluline ühisosa: sotsiaalhoolekande seadusega kehtestatud spetsialistide loetelu ja asutuste tegevusloa nõuded on mõlemal rehabilitatsiooni liigil ühised. Samuti osutavad paljud rehabilitatsiooniteenust osutavad asutused nii tööalast kui ka sotsiaalset rehabilitatsiooni. Olulisem erisus on teenuste põhiesmärk. Tööalases

rehabilitatsioonis on see töötamiseks (või õppimiseks) ettevalmistamine ja toetamine, sotsiaalses rehabilitatsioonis igapäevaelu toimetuleku taastamine ja arendamine.

Sotsiaalhoolekande seaduse järgi on rehabilitatsiooniteenused järgmised:

- sotsiaaltöötaja teenus
- psühholoogi teenus
- tegevusterapeudi teenus
- loovteraapia
- füsioterapia
- eripedagoogi teenus
- logopeedi teenus
- õe teenus
- arsti teenus
- kogemusnõustaja teenus

Kellel on õigus teenusele?

Tööalane rehabilitatsioon on mõeldud ainult tööealistele inimestele, kuid sotsiaalse rehabilitatsiooni teenus on väga eriilmeline, sest hõlmab inimese kogu elukaart. Sotsiaalsele rehabilitatsioonile on õigus

- kuni 16-aastaselt puude raskusastmega lapsel
- alla 18-aastaselt lapsel, kellel kohalik omavalitsus on tuvastanud nii abivajaduse lastekaitseaduse alusel kui ka rehabilitatsiooniteenuse vajaduse. Kõigi laste rehabilitatsioonivajaduse hindab üle ka teenuseosutaja, kui rehabilitatsiooniplaani koostakse;
- esmasesse psühhhoosi haigestunud. Siinkohal ei ole vanus määrav, rehabilitatsiooniteenuse vajadust hindab ravimeeskond;
- tööealistel puuduva töövõimega inimesel ja osalise töövõime või puude raskusastmega inimesel, kes ei tööta, õpi ega ole ka töötuna arvele võetud;
- vanaduspensionialisel inimesel, kellel on tuvastatud puue.

Teenusele saamine

Nii tööealiste kui ka vanaduspensionistide õigustatud isikute sotsiaalse rehabilitatsiooni vajadust hinnatakse SKA-s. Hindamisel selgitatakse koos konsultandiga välja inimese eesmärk, kuhu ta soovib teenuse kasutamise lõpuks jõuda, näiteks kuu aja pärast iseseisvalt hakkama saada toidupoes käimise ja toidu valmistamisega. Inimese motiveeritus ja eesmärgi sõnastamine on rehabilitatsiooniprotsessi kesksed tegurid. Kui inimene saab SKA-st positiivse otsuse, siis on tal suur vabadus, aga ka vastutus valida endale sobiv asutus. Ka selle valimisel saab konsultant olla partner ja tutvustada asutusi ning nende teenuseid.

Suunamisotsus kehtib kuni kaks aastat, mille jooksul on inimesel õigus rehabilitatsiooniteenust saada. Otsuse juurde kuulub lisa, milles on teenuste kaupa näidatud, kui suure summa eest saab kalendriaastas teenuseid kasutada. Inimesel on kohustus 60 päeva jooksul teenuseosutaja juures ennast registreerida. Teenust rahastatakse riigieelarvest, kui aga riigieelarves ei ole teenusele suunamiseks piisavalt raha, pannakse inimene teenuse järjekorda.

Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse protsess

Rehabilitatsiooni protsess koosneb teenuse-saaja vajaduste hindamisest, planeerimisest, sekkumisest ja tulemuste hindamisest. Rehabilitatsioon eeldab terviklikku lähenemist inimese mitmekesistele vajadustele. See tähendab, et peaaegu alati on vaja mitte mõnda üksikut teenust, vaid eri spetsialistide koostöös osutatavaid teenuseid.

Tegevuse keskmes on inimese enda tahe ja motivatsioon, kuigi ka spetsialistidel on motivatsiooni toetamisel oluline roll. Enamasti ei ole inimene rehabilitatsiooni protsessi keskmes ükski, vaid spetsialistid töötavad ka tema võrgustikuga.

Võrgustikku võivad kuuluda pereliikmed, töökoha või kooli personal, varasemad teenuseosutajad, tugisikud jt inimese jaoks olulised inimesed.

Üldjoontes on spetsialistidel ja meeskondateel võimalik sekkumine, näiteks konkreetne teraapia, valida üsna vabalt, tingimus on sekkumise tõenduspõhisus, spetsialisti kvalifikatsioon ja teenusesaaja turvalisus. Põhieesmärk on, et teenuse saaja saavutaks endale seatud maksimumtulemuse.

Aastas kasutab sotsiaalse rehabilitatsiooni teenust kokku keskest läbi 10 000 inimest, kellest umbes 60% moodustavad lapsed. Seejuures on viimastel aastatel suurenenud teenuse hulk, mida üks teenusekasutaja aasta jooksul kasutab.

Kvaliteetse teenuse tagamine

SKA on seadnud eesmärgi olla erihoolkande teenuseosutajate ja rehabilitatsiooni-asutuse partner kvaliteetse teenuse osutamisel. Sotsiaalhoolekande seaduses ja Eesti erihoolkande kvaliteedijuhises on kirja pandud ühised põhimõtted, millest tuleb lähtuda kõigi erihoolkandeteenuste osutamisel sihtrühmast olenemata. Teenuste põhimõtted on järgmised:

- isikukesksus;
- võimestav sisu;
- tulemustele suunatus;
- vajaduspõhisus;
- terviklikkus;
- isiku õiguste kaitse;
- kaasamine;
- töötajate pädevus ja eetika;
- organisatsiooni hea töökorraldus ja kvaliteetne juhtimine.

Samad põhimõtted kehtivad ka sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse osutamisel. Et aidata teenuseosutajaid nende töös, korraldatakse infopäevi, koolitusi ja kvaliteediseminare.

Hoolekandes on keeruline olukord, sest napib kvalifitseeritud tööjõudu. Erihoolekandes teenuseosutaja juures tööle asumise eeldus on nõuetekohane ettevalmistus. Ka rehabilitatsioonimeeskonna liikmete kvalifikatsiooninõuded on seadusega kehtestatud. Rehabilitatsioonis napib spetsialiste, sest sageli tegutsevad samad töötajad lisaks nii meditsiini kui ka hariduse valdkondades.

Töötamine COVID-i kriisi ajal on väljakutse

Sotsiaalvaldkonna töötaja võiks ja peaks olema professionaalne ning suhtuma oma töösse kui võimalusse teha maailmast elamiseks parem paik. Küll aga erineb inimeseti stressitaluvus ja võime pinge all ning pidevalt muutuvast olukorrast tulemuslikult töötada. Varasemate gripipandeemiade mõju uurinud teadlased on välja toonud, et kuigi mõju tunnevad kõik valdkonnad, satuvad suurema löögi alla tervishoid ja hoolekanne, kus on rohkem haigeid inimesi ja vähem neid, kes haigete eest hoolitsevad. Olukorda iseloomustab pikaajaline kestus, hirm, ärevus, väärinfo levik, meedia suur tähelepanu ja vahendite ning võimaluste, elukoiguste tööjõu vähesus.

Kriisi algusest siiani on hoolekandesektorit väga tugevalt mõjutanud ühiskonnas levinud hoiakud. Erihoolekandetasutuste töötajad on harjunud tegutsema mingil määral eraldatuna, kuid COVID-19 puhangust tingitud nn topeltisolatsioon on tekitanud lisapingeid. Karmistatud hügieeninõuete järgimine, külastus- ja liikumispääsõu ning elanike kohanemiskeskused uue olukorraga on kaasa toonud muutusi tavapärase juhendamise- ja hooldusprotsessis. Oma osa töötajate pinge suurendamises oli ka olukorra uudsusest tingitud teadmatusel. Lisandusid töötajate isiklikud arusaamad, hirm iseenese ja lähedaste turvalisuse pärast.

Üldsegi mitte teisejärguline ei ole teenuse saaja arusaam teda ümbritsevate inimeste käitumisest ja vastuvõtlikkusest selle suhtes. Töötaja peab tundma oma asutuse või kodu elanikke ning oskama, suutma ja teadma, kuidas täpselt, kellele ning milliste sõnadega olukorda kirjeldada. Liigne otsekohesus või vastupidi, aktuaalsete teemade ignoreerimine ei ole kindlasti hea.

Ootused erihoolekandes töötavatele headele inimestele on suured: nõuded haridusele ja vajaduse korral lisaväljaõppele, sobivad isikuomadused, eetilisus, vahetustega töö, valmidus töökaaslastega koostööd teha ja palju muud. Seda kõike on vaja, et teenuse saajatel oleks erihoolekandeteenusel võimalikult elamisväärne elu ning tingimused.

Eesmärk on, et erihoolekandele ja rehabilitatsioonivaldkonnas töötavad inimesed tunneks ennast hoituna ja väärtustatuna.

Eriolukorra järel korraldas SKA erihoolekandeteenuseosutajate hulgas küsitluse, uurides, mis muutus nende asutuse igapäevaelus eriolukorra, sh isolatsiooni, ajal ja järel. Vastustest ilmnes, et isolatsiooni ajal võeti hoolekandetasutustes kasutusele telefoninõustamine, suhtlemine videosilla teel, teenuse saajaid juhendati kaugtööna.

Teenuse saajatele hakati õpetama digilahenduste kasutamist. Varasemast enam suheldi teenuse saajate lähedastega ja juhendati ning nõustati neid. Võimalikult palju tegutses välitingimustes. Koostati juhendamismaterjale nii töötajatele kui ka teenuse kasutajatele. Üks asutus avas nõustamistelefoni psühholoogilise toe saamiseks, lisandusid ka videoülesanded koduse töö vormis teenuse saajatele.

Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse osutamine sai pandeemia alguses suure tagasilöögi, sest seniseid kontaktihoidmise viisid olid piiratud. Kõik tavapärased teenuse kasutamise võimalused enam ei toiminud. Kasutusele on võetud IT-lahendused, et võimaluse korral osutada teenust eemalt, (nt logopeed, eripedagoog ja nõustamine). Vaimse tervise probleemid peegelduvad väga hästi selles, et rohkem kasutatakse psühholoogide, sotsiaaltöötajate ja kogemusnõustajate teenuseid.

Riik on tulnud appi nii hoolekandeaustustele kui ka rehabilitatsiooniteenuste osutajatele. Kriisi ajal ilmnes ka erihooldekandeteenuse osutajate vajadus tulla paremini toime teenusesaajaga, kellel võis tekkida käitumisprobleeme keerulise olukorra tõttu (lähedastega kontakt vähenenud, eriolukorra ajal territooriumilt lahkumine keelatud, tavapärase rutiini muutus jne). Tegevusjuhendajatel on olnud võimalus osaleda täienduskoolitusel, mille rõhuasetus on olnud raskesti mõistetava ja agressiivse käitumise juhendamisel. Samuti õpitakse koolitusel, kuidas tulla toime alkoholisõltuvusega inimestega. Väga hästi on vastu võetud

võimalus saada üksikjuhtumite põhjal nõustamist keerulise käitumismustri-ga teenusesaajaga tegelemisel. Selliste nõustamiste ja juhendamiste toel saab asutus ja selle töötajad konkreetse juhtumi lahendada koos professionaalidega. Rehabilitatsioonispetsialistidele pakuti eelmisel aastal koolitusi traumakogemuse, suitsiidi ja enesevigastamise ning aktiivsus- ja tähelepanuhäire teemadel.

Varasemast enam suheldi
teenuse saajate lähedastega ja
juhendati ning nõustati neid.

Tervisekriisi tõttu on suurenenud kulused isikukaitsevahenditele ja asutusi on nende osalisel kompenseerimisel toetatud. Töötajate vaimse tervise eest hoolitsemiseks on pakutud supervisoone ja *coachingut*. Samuti on aidatud hüvitada infotehnoloogiste vahendite soetamise kulutusi, et teenusesaajal oleks võimalik lähedastega katkematult suhelda ka isoleerituna. Eesmärk on, et valdkonnas töötavad inimesed tunneks ennast hoituna ja väärtustatuna. 

Viidatud allikas

Tsuiman, K. (2021). Terviklik abi kodu lähedalt – isikukeskne erihoolekanne kohalikes omavalitsustes. *Sotsiaaltöö* 4, 9–16.



Karin Hanga, PhD

Rahvusvahelise funktsioneerimisvõime klassifikatsiooni kasutamine tööalases rehabilitatsioonis

Töötukassa analüüsis aastatel 2020–2021 tööalase rehabilitatsiooni teenust. Viidi ellu arendusprojekt ning tehti ettepanekuid, kuidas teenuse protsessi korrastada ja milliseid muresid aitaks lahendada rahvusvahelise funktsioneerimisvõime klassifikatsiooni (RFK) kasutamine.

Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) värskeimas tegevuskavas „Rehabilitation 2030“ (2017) tuuakse välja, et rehabilitatsiooniteenused on olulised ja vajalikud väga erineva terviseprobleemiga inimestele. Rehabilitatsioon toetab ägedast terviseprobleemist taastumist, arengut ning kohanemist tervist mõjutanud muutustega – seda elukaare eri etappidel. Rehabilitatsioon arvestab inimese tervises seisundi mõju tema igapäevaelule, seab eesmärgiks funktsioneerimisvõime parandamise ja puude mõju vähendamise. Rõhku pannakse inimeste teadlikkuse suurendamisele, uute oskuste omandamisele ja jõustamisele. Eesmärk on, et igaüks saaks olla teadlikum oma terviseolukorrast, suudaks

muutunud olukorraga kohaneda ning olla võimalikult iseseisev ja aktiivne. Selle kaudu toetab rehabilitatsioon taastumise protsessi ning suuremat osalemist hariduses, tööhõives ja kogukonnanäos ehk kokkuvõttes seda, et inimene saaks olla oma eluga rohkem rahul. See ongi peamine.

WHO uusim rehabilitatsioonistrateegia toob välja olulised küsimused, millele järgmisel kümnendil keskendutakse. Samuti kutsub üles koostööle rehabilitatsioonivaldkonna edendamiseks ja asjaomaste teenuste kättesaadavuse parandamiseks. Strateegilise planeerimise ja tõhusama juhtimise ning eri valdkondade rehabilitatsiooniteenuste parema loimimise kõrval on üks eesmärk ka

koguda inimeste funktsioneerimisega seotud teavet ja andmeid, tuginedes rahvusvahelisele funktsioneerimisvõime klassifikatsioonile. Standarditult kogutud andmed ja nende süstemaatiline analüüs on poliitika kujundamise ja inimeste vajadustele vastavate teenuste kättesaadavuse parandamisele alus (WHO 2017).

RFK annab ühtsed mõisted ja raamistiku tervise ning tervisega seotud seisundite kirjeldamiseks. See kuulub WHO välja töötatud rahvusvaheliste klassifikatsioonide perekonda. WHO soovitab kasutada RFK-d koos rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooniga (RHK-10), et saada nii mitmekülgsemat infot inimese toimetuleku kohta. RFK ei ole hindamisvahend ega metoodika, vaid andmete dokumenteerimise standardiseeritud ja kokkulepitud viis (Hanga 2020).

Rehabilitatsiooniteenused Eestis

Eestis osutatakse rehabilitatsiooniteenuseid mitmes valdkonnas.

- Taastusravi on tervishoiuteenus, mida korraldab ja rahastab haigekassa. Häirunud funktsioonide taastamisele, säilitamisele või puudega kohanemisele suunatud teenust osutatakse inimestele, kellel on meditsiiniline näidustus. Tegemist on töövõimet või toimetulekut taastava raviga (Eesti Haigekassa i.a).
- Sotsiaalset rehabilitatsiooni korraldab sotsiaalkindlustusamet. Teenuse peaesmärk on toetada igapäevaeluga toimetulekut. See on mõeldud eri vanuses inimestele: puudega ja abi vajavad lapsed, puuduva töövõimega tööealised inimesed ja puudega pensioniealised (Sotsiaalkindlustusamet i.a).
- Töölase rehabilitatsiooni osutab ja korraldab töötukassa. Teenuse eesmärk on vähenenud töövõimega inimest tööeluks

ette valmistada ja toetada tööle asumist või töötamist. Teenus on mõeldud osalise töövõimega inimestele, kellel on puudest või pikaajalisest terviseses seisundist tingituna takistusi tegutsemisel ja tööelus osalemisel (Töötukassa 2021).

Töölase rehabilitatsioon, väljakutsed ja arendustegevus

Töötukassa alustas tööalase rehabilitatsiooni teenuse osutamist 2016. aastal. Kuue aasta jooksul on teenuselt abi saanud ligikaudu 9000 inimest ja teenuse osutajate ring on laienenud. Enam kui pool teenuse kasutajatest on naised (70%). Töötavaid inimesi on 46%, mittetöötavaid 48%, õppivaid noori umbes 6%. Kõige sagedamini on inimestel füüsilised piirangud (43%). Kombineeritud piirangud (nii füüsilised kui ka vaimsed) on 24%-l ning ainult vaimsed piirangud 12%-l teenuse kasutajatest. Inimesi, kelle töövõimet ei ole töötukassa hinnanud, on 21% ja sel juhul ei saa piirangute iseloomu täpsustada. (Töötukassa 2022).

RFK-d kasutades oleks tööalases rehabilitatsioonis võimalik dokumenteerida kliendi funktsioneerimisvõimet enne sekkumisi, seada mõõdetavad eesmärgid ja hinnata sekkumise tulemusi.

Töötukassa analüüsib korrapäraselt tööalase rehabilitatsiooni protsessi, sisu, tulemuslikkust ja teenuse kasutajate tagasisidet ning korraldab ka koostööseminare teenuse osutajatega ja külastab asutusi. Aastal 2020 analüüsiti teenusega seotud probleeme dokumentide põhjal. Vaadeldi nii töövõime hindamise ja tööalase rehabilitatsiooni seoseid, teenuse sisu kui ka tulemusi. Analüüsi

põhjal tehti ettepanekuid, kuidas korrastada tööalase rehabilitatsiooni protsessi ja milliseid muresid aitaks lahendada RFK rakendamine. Kitsaskohade lahendamiseks täiendati seniseid tööprotsesse ja prooviti uut moodi töötamist arendusprojekti raames aastail 2020 ja 2021.

Kitsaskohad ja nende lahendusettepanekud

1. Kliendi funktsioneerimisvõime hindamisel on dubleerimist.

See ilmneb nii rehabilitatsiooniteenusele suunamisel kui ka selle osutamise käigus. Esmalt hindab töötukassa ekspertarst inimese töövõimet, mida on ennekõike vaja töövõimetoetuse saamiseks. Seejärel hindab juhtumikorraldaja teenuse vajadust. Kui inimene suunatakse teenusele, hindavad tema olukorda rehabilitatsioonispetsialistid, kes koostavad tegevuskava.

Analüüsisime hindamisküsimustikke ja dubleerimise vähendamiseks koostasime uue küsimustiku juhtumikorraldajale, mille abil kogutud info aitab kliendi kompleksset (probleem)olukorda paremini mõista ja teha eeltööd rehabilitatsiooni alustamiseks, sh valmistada klienti ette (töö)elus muudatuste tegemiseks. Tulevikus hakkavad ka teenuseosutajad kasutama kindlat hindamisküsimustikku – WHO tööalase rehabilitatsiooni lühihindamisvormi.

2. Töövõime hindamise eksperdiarvamuses tuvastatud piirangute ja tööalase rehabilitatsiooni sekkumiste vahel puudub selge seos.

Rehabilitatsioonialaste sekkumiste planeerimine oli juhuslik 50% ekspertiisid tuvastatud piirangute puhul. Sagedamini jäid sekkumistega sidumata vaimse tervisega seotud piirangud. Seetõttu soovime tulevikus võtta töövõime hindamise ekspertiisid rohkem kasutusele: see võimaldab lähtuda kliendi

kohta juba kogutud infost, vähendada kätuvaid hindamisi ja hoida rehabilitatsioonis täpsemat (tööalast) fookust. Töövõime hindamisel on RFK juba kasutusel, edasiarendus on hakata kasutama RFK-d ka tööalases rehabilitatsioonis, muutes nii seosed töövõimehindamise ja rehabilitatsiooni vahel nähtavaks ning rehabilitatsioonitöö selgeks ja jälgitavaks.

3. Tööalase rehabilitatsiooni fookus ei ole alati selge, tegevuskavad on ebahühtlase kvaliteediga.

Sageli keskendutakse kliendi füüsilisele tervisele; tööst tulenevaid või töökeskkonnas rakendatavaid sekkumisi ei ole piisavalt. Seetõttu võeti arendusprojekti kasutusele WHO koostatud lühihindamisvorm, et hinnangud keskenduksid enam tööalase aktiivsusega seotud olukorra mõistmisele.

Kui inimese funktsioneerimisvõime info on universaalseid näitajaid kasutades dokumenteeritud, on see mõistetav eri valdkondade spetsialistidele, võimaldab varasemat infot ristikasutada ja lõimida eri sektorite teenuseid kliendile sobivalt.

4. Tööalase rehabilitatsiooni eesmärkide saavutamist on raske hinnata.

Tulemuste hindamiseks ei ole kasutusel mõõdetavaid näitajaid, hinnang on peamiselt kliendi olukorra ja ellu viidud tegevuste kvalitatiivne kirjeldus. Sellest ei saa sageli aru, milline tulemus on saavutatud. RFK kasutamine seevastu võimaldab dokumenteerida kliendi funktsioneerimisvõime alghinnangu, toetab mõõdetavate eesmärkide seadmist ja võimaldab hinnata sekkumise tulemusi.

Kokkuvõtlikult oli möödunud, 2021. aasta arendusprojekti eesmärk katsetada terviklikku töövõime hindamise ja tööalase rehabilitatsiooni protsessi RFK põhjal; testida, kuivõrd võimaldab infovahetus RFK alusel vähendada dubleerivat hindamist ning hindamisi omavahel paremini siduda. Samuti oli eesmärk hakata hindama tööalase rehabilitatsiooni tulemusi RFK alusel.

Arendusprojekt viidi ellu tavapärase töövõime hindamise ja tööalase rehabilitatsiooni teenuse käigus. Projektis osalesid ekspertarstid, juhtumikorraldajad ja teenuse osutajad, kellel olid lisaks igapäevasele tööle täiendavad arendusülesanded. Projektis osales ligi 50 klienti, kellest 29 läbis tervikliku rehabilitatsioonitsükli.

Arendusprojekti tegevustest saab lugeda artikli lõpust. Esmalt aga tähelepanu rehabilitatsioonispetsialistide tööle ja planeeritavatele muudatustele.

WHO soovitus RFK kasutamiseks

WHO on kujundanud tervikliku rehabilitatsioonitsükli, et lihtsustada rehabilitatsiooniprotsessi ja RFK kasutamist selles. Samuti on koostatud mitmeid tõenduspõhiseid lühihindamisvorme, et hõlbustada RFK kasutuselevõttu igapäevatoos. Sellistes vormides on „välja sõelutud“ need RFK-koodid, mida on oluline hinnata kindlas olukorras, ajahetkel, vanusegrupi või tervises seisundi/diagnoosi korral, et mõista, kuidas inimene toime tuleb. (Loe lähemalt Rauch jt 2008, ICF Research Branch 2015)¹.

RFK kasutamine ei muuda kuigi palju teenuseosutaja tavapärase töö protsessi. Nagu ikka, on rehabilitatsiooni õnnestumisel peamine inimese kaasamine ja tema olukorra terviklik mõistmine. Rehabilitatsiooni osad on endiselt inimese vajadustest ja soovidest

arusaamine ning eesmärkide seadmine, hetkeolukorra hindamine, tegevussammude planeerimine ning sekkumiste järel tulemuste hindamine. Selles protsessis on peamine inimene, kes on oma taastumisteedkonnal ja keda püütakse toetada.

Tavapärase rehabilitatsioonitöö on multidistsiplinaarne (see tähendab, et teenuseid osutavad mitme eriala spetsialistid). Nüüdisaegne käsitus rõhutab aga rehabilitatsiooni interdistsiplinaarsust, mis tähendab tihedamat inimese ja spetsialistide ning ka meeskonnasisest koostööd. Kõik osalised on võrdsed ja kaasatud, pidades oluliseks isikukesksust, meeskonnatööd ning kokkulepitud eesmärgi.

Kohandasime WHO soovitusi RFK kasutamiseks tööalase rehabilitatsiooni jaoks ja testisime seda koos rehabilitatsioonimeeskondadega. Käesoleval, 2022. aastal jätkame infosüsteemide arendusi, et koos RFK-ga võtta kasutusele X-tee andmevahetus töötkassa ja teenuseosutajate vahel. Muutuvad ka koostööpõhimõtted: eesmärk on lihtsustada teenuse protsessi ja võimaldada teenuseosutajale suuremat paindlikkust. Tulemas on seminarid koostööpartneritele; sotsiaalkindlustusamet, töötukassa ja Tartu Tervishoiu Kõrgkooli koostöös toimuvad ESF-i toel RFK rakendamise koolitused.

Tööalase rehabilitatsiooni protsess tulevikus

Töötukassa nõustaja kohtub inimesega, vestleb temaga ja koostöös arutatakse, kas tööalane rehabilitatsioon on vajalik. Vajaduse korral suunab juhtumikorraldaja inimese tööalasele rehabilitatsioonile. Inimene võtab temale sobiva teenuseosutajaga ühendust, et leppida kokku sobiv aeg.

Samm 1. Rehabilitatsioonispetsialistid tutvuvad infosüsteemis kliendi taustinfoga.

¹ RFK lühivormide kasutamise ja *online*-profili koostamise juhised leiab veebilehelt www.icf-core-sets.org.

Teenuseosutaja näeb kliendi töövõime ekspertiisi kokkuvõtet, juhtumikorraldaja koostatud tööalase rehabilitatsiooni vajaduse hindamise tulemusi ning viimase aasta tööalase rehabilitatsiooni tulemusi. Selle info alusel saab teenuseosutaja kaasata spetsialistid, kelle tuge võiks klient vajada.

Samm 2. Esmakohtumisel kliendiga luuakse koostöösuhe, kuulatakse, mis on inimese ootused ja vajadused, tutvustatakse teenuse kulgu. Eesmärk on, et inimene tunneks ennast hästi ja turvaliselt. Esmakohtumisel võib osaleda ka mitu spetsialisti, lähtudes kliendi olukorrast ja kohtumise eesmärgist. Spetsialistid võivad kasutada sobivat või asutuses juba olemasolevat küsimustikku, mis aitab mõista kliendi olukorda (nt eluratas, CARE profiil vm). Ka WHO-l on esmakohtumise info kirjapaneku soovituslik töövorm.

Nüüdisaegne käsitlus rõhutab rehabilitatsiooni interdistsiplinaarsust, mis tähendab tihedamat inimese ja spetsialistide ning ka meeskonnasisest koostööd.

Samm 3. Hinnatakse funktsioneerimisvõimet. Ka selleks võivad kasutusele jääda erinevad võimalused, lähtudes kliendi olukorrast ja meeskonna töökorraldusest (nt kas spetsialistid kohtuvad kliendiga koos või eraldi; kas infot kogutakse vestluse, küsimustiku, töökoha külastuse, vaatluse abil või muudmoodi). Samuti võivad spetsialistid alustada oma teenuse osutamist, mille osa on erialaspetsiifilise hindamisvahendi kasutamine, et hinnangut täpsustada. Hinnang dokumenteeritakse otse teenuseosutaja infosüsteemi, kasutades RFK-koode ja -määrajaid ning lisades vajaduse korral selgitusi.

Funktsioneerimisvõime hindamise alus on WHO tööalase rehabilitatsiooni lühihindamisvorm (ingl Vocational Rehabilitation Brief), mis aitab hoida tähelepanu tööga seonduval. Meeskond saab sellele lisada ka täiendavat infot (lisades asjakohaseid RFK-koode), lähtudes inimese olukorrast ja eesmärkidest. Töövõime hindamisel või juhtumikorraldaja juba kindlaks tehtud piiranguid ei ole vaja üle hinnata, kuid nendest saab lähtuda edasiste tegevuste kavandamisel. Tähtis on, et funktsioneerimisvõime hinnang valmiks kliendi ja meeskonna koostöös.

Samm 4. Ka eesmärgid ja alaeesmärgid sõnastatakse kliendi ning spetsialistide koostöös. Tähtis on silmas pidada, et algne olukord, mille tõttu klient tuge vajab, oleks hinnatud – see võimaldab hiljem hinnata muutust. Samuti tuleb pöörata tähelepanu töövõime hindamise käigus või juhtumikorraldaja kogutud infole. Üld- ja alaeesmärkide sõnastus võiks olla lihtne, sisaldades kliendi enda sõnu – nii saab toetada tema motivatsiooni oma olukorda parandada. Konkreetset valdkonnad (ehk kliendi piirangud, mis on dokumenteeritud RFK-koodi/määraja alusel), millega hakatakse tegelema, valitakse välja meeskonnatöös. Seatakse nn saavutuseesmärk (ehk RFK-määraja), kuhu soovitakse koostöös kliendiga sekkumise tulemusel jõuda.

Samm 5. Teenuseosutaja koostab hinnangu ja tegevuskava oma infosüsteemis ning edastab andmed X-tee kaudu töötukassa juhtumikorraldajale. Tegevuskavas on kuvatud kliendiga koos seatud üld- ja alaeesmärgid; sekkumisvaldkonnad, kus kliendil on raskuseid (RFK-kood, koodi algväärtus, soovitud tulemus); sekkumise sisu (kliendile arusaadavalt koostatud kirjeldus, millist abi hakkavad spetsialistid osutama); teenust osutava spetsialisti ametnimetus ning tegevuskava kogumaksumus. Spetsialistide teenuse tunnimahud soovime edaspidi jätta

paindlikuks. Tegevuskava annab kliendile teenuseosutaja.

Samm 6. Tulemuste lõpphindamine on lõimitud tegevuskava vormi ja sisaldab nii kvantitatiivset kui ka kvalitatiivset hinnangut. Kvantitatiivne ehk statistiliselt töödeldav info on dokumenteeritud RFK-koodi ja määraja alusel (alghinnang, soovitud tulemus ja lõpphinnang); RFK-määraja muutuse järgi saab hinnata tulemuste saavutamist kvantitatiivsel kujul. Samuti on võimalik lisada kvalitatiivne ehk selgitav hinnang: mis soodustas või takistas eesmärgi saavutamist (või muu info, mis rehabilitatsioonispetsialistide arvates on oluline). Tulemuste hindamine hõlmab ka soovitusi kliendile edasise tegevuse, abivahendite või teenuste kohta.

Kokkuvõte

RFK kasutuselevõtt rehabilitatsiooniteenustel on Eestis kokkulepitud arengusuund, pidades silmas laiemat vaadet: poliitika kujundamist, rahastusotsuseid, teenuste sisu arendamist ja tulemuslikkuse hindamist. Seda toetab ka rahvusvaheline praktika. Kui inimese funktsioneerimisvõime info on universaalseid näitajaid kasutades dokumenteeritud, on see mõistetav eri valdkondade spetsialistidele, võimaldab varasemat infot riskkasutada ja lõimida eri sektorite teenuseid kliendile sobivalt. Sellest on kasu inimestel, kes vajavad erinevaid teenuseid – kas samal ajal või hilisemal eluperioodil.

Kahtlemata toob RFK kasutamine kaasa muutusi: vaja on infosüsteeme arendada, pakkuda tuge, korraldada koolitusi ning teavitust. Nendega jätkab töötukassa 2022. aastal koostöös partnerite, sotsiaalministeeriumi ja sotsiaalkindlustusametiga. Eesmärk on muuta teenuste korraldus lihtsamaks, läbipaistvaks, tõhusamaks ja kasutajasõbralikumaks. Teeme oma tööd, lähtudes iga inimese õigusest saada väarikat abi, eriti siis, kui elu või tervis esitab suuri väljakutseid.

PROJEKTI TEGEVUSED

Eesmärk 1

Võtta senisest enam kasutusele kliendi töövõime hindamise ekspertiisi tulemused ja seostada need tööalase rehabilitatsiooniga.

- Testiti RFK määrajate tuvastamist töövõime hindamise ekspertiisi käigus ja töötati välja ekspertarstide töö täiendamise ning RFK-määrajate kasutamise soovituslik tööprotsess.
- Töötati välja uus hindamisküsimustik juhtumikorraldajatele, et vähendada dubleerimist kliendi piirangute väljaselgitamisel teenusele suunamisel; ka seda testiti ja täiendati.
- Testiti kliendi kohta dokumenteeritud eelinfo edastamist teenuseosutajale, kes lähtus sellest kliendi tööalase rehabilitatsiooni planeerimisel.

Eesmärk 2

Võtta kasutusele rahvusvaheline funktsioneerimise klassifikatsioon tööalases rehabilitatsioonis.

- WHO meetodika alusel kujundati teenuse osutaja jaoks RFK-le tuginev rehabilitatsiooniteenuse protsess ja töövormid, mis on infosüsteemide edasiste arenduste planeerimise alus.
- Koguti teenuseosutajate tagasisidet töövõime hindamise ekspertiiside kasutamise, uue tööprotsessi ja tulemuste hindamise kohta.
- Terviklik RFK-le tuginev tööalase rehabilitatsiooni protsess tehti läbi 29 kliendiga, mis võimaldas analüüsida ja kujundada teenuste tulemuslikkuse analüüsimise mudeli.

Arendusprojekt andis töötukassale väärtuslikke kogemusi. Selline päriselus elluviidav testimine on muudatuste väljatöötamise ja ellurakendamise vältimatu eeldus. Suur tänu partneritele:

Rehabilitatsioonikeskus Terveline, Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Nõustamis- ja koolituskeskus Papaver, Activitas, Dorpat Tervis, Nõustamis- ja rehabilitatsioonikeskus ProVida.



AUTORIST

Karin Hanga

kaitses 2018. aastal Tallinna Ülikoolis rehabilitatsioonivaldkonnas doktoritöö esiletõstmiseks. Ta töötab töötukassas metoodiku ning RFK ja CARE metoodika koolitajana, on sotsiaaltöö lektor Tallinna Ülikoolis ning Eesti taastumise kogukonna liige.

Viidatud allikad

Haigekassa koduleht (i.a.). Eriarstiabi. www.haigekassa.ee/eriarstiabi#tab-taastusravi (20.01.2022).

Hanga, K. (2020). Rahvusvaheline Funktsioneerimisvõime Klassifikatsioon. *Sotsiaaltöö*, 3. www.tai.ee/et/sotsiaalto/rahvusvaheline-funktsioneerimisvoime-klassifikatsioon (20.01.2022).

ICF Research Branch (2015). Return to Work. Case Study 07. <https://www.icf-research-branch.org/download/send/17-icf-based-case-studies/182-case-study-7-return-to-work> (20.01.2022).

Rauch, A., Cieza, A., Stucki, G. (2008) How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine* 44(3). 329–42.

Sotsiaalkindlustusamet (i.a.). Sotsiaalne rehabilitatsioon. <https://sotsiaalkindlustusamet.ee/et/puue-ja-hoolekanne/sotsiaalne-rehabilitatsioon> (20.01.2022).

Töötukassa (2021). Tööalane rehabilitatsioon. www.tootukassa.ee/content/toovoimereform/tooalane-rehabilitatsioon (20.01.2022).

Töötukassa (2022). Tööalane rehabilitatsioon, statistika jaanuar 2022.

WHO (2017). Rehabilitation 2030 Initiative. www.who.int/initiatives/rehabilitation-2030 (20.01.2022).



Ulvi Kõrgemaa, RN, MA
Tallinna Ülikooli sotsiaaltöö doktorant

Õigus tervisele

Õigus tervise kaitsele on olulisemaid põhiõigusi. Artiklis antakse ülevaade, kuidas on selle eri aspekte käsitletud rahvusvahelistes dokumentides ning tuuakse ka sotsiaaltööga seotud näiteid Eestist.

Igal inimesel on õigus võimalikult heale tervisele. Terviseseisundit ei määra üksnes juurdepääs tervishoiuteenustele, vaid ka kaasa sündinud eeldused ning eeskätt eluviis ja -keskkond.

Vaesusel ja sotsiaalsel tõrjutusel on oluline mõju tervisele (Wilkinson ja Marmot 2017). See, kuivõrd tagatud on sotsiaalne õiglus ja võrdõiguslikkus, mõjutab eluviisi ja haigestumismisvõimalusi, niisamuti ka enneaegse surma ohtu. Sotsiaal- ja majanduspoliitikal on näiteks määrav mõju sellele, kuidas laps saab kasvada ja areneda ning kas ta saab täisväärtuslikku elu elada või on tema elu ebakindel ja turvatundeta. (Hessle 2016)

Kuigi laialt on levinud seisukoht, et tervis on haiguse puudumine, näeb WHO tervist laiemalt. Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) põhikirja preambuli järgi on tervis täieliku füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu seisund.

Õigus tervise kaitsele on olulisemaid põhiõigusi. Seadusandja ülesanne on määrata, kuidas seda praktikas järgitakse ja millist abi vajaduse korral saadakse. Nõrgemate toetamine ja tervise kaitse onoleb seega oluliselt, kui

mitte täielikult riigi võimalustest ja majanduslikust olukorrast. Mõju avaldavad ka poliitilise võimu eelistused. Seetõttu olekski vaja järjepidevalt arutleda selle üle, kuivõrd täidab riik oma rahvusvaheliselt võetud kohustusi ja mida võetakse ette, et olukorda parandada. Ka sotsiaaltööl on oma tähtis osa, et tagada õigus tervisele.

Õigus tervisele ja elamisväärsusele elule

Eesti Vabariigi põhiseaduse (1991) § 28 sätestab, et igal inimesel on õigus tervise kaitsele. Õigus riigi abile vanaduses, töövõimetuse, toitjakaotuse ja puuduse korral on igal Eesti kodanikul. Täpsed abi liigid, ulatus, saamise tingimused ja kord on sätestatud seadustega. Eestis viibiva välisriigi kodaniku ja kodakondsusega isiku õigused on samad, kui seadus ei sätesta teisiti.

Õigus tervise kaitsele on tagatud ka rahvusvaheliste dokumentide alusel. Nendest olulisemad on ÜRO inimõiguste ülddeklaratsioon (vastu võetud 1948); majanduslike, sotsiaalsete ja kultuurialaste õiguste rahvusvaheline pakt (1992) ja Euroopa sotsiaalharta (1961/1996).

Inimõiguste ülddeklaratsiooni artikli 25 lõige 1 sätestab, et iga inimesel on õigus sellisele elatusasemele, sh toit, riietus, eluase, arstiabi ja vajalikud sotsiaalsed teenused, mida on vaja tema enda ja ta perekonna tervise ning heaolu hoidmiseks, aga ka õigus kindlustatusele tööpuuduse, haiguse, puude, leestumise ja vanaduse korral või mõnel muul elatusvahenditest ilmajäämise juhul inimesest endast olenemata põhjustel.

Majanduslike, sotsiaalsete ja kultuuriliste õiguste rahvusvahelise pakti (1992) artiklis 12 on õigus tervisele üksikasjalikult lahti kirjutatud.

1. Käesolevast paktist osavõtvad riigid tunnustavad iga inimese õigust maksimaalsele füüsilisele ja psüühilisele tervisele.
2. Abinõud, mida käesolevast paktist osavõtvad riigid selle õiguse täielikuks teostamiseks peavad tarvitusele võtma, sisaldavad samme, mis on vajalikud, et:
 - a) kindlustada surnult sündimise ja laste suremuse vähenemine ning lapse tervislik areng;
 - b) parandada igati väliskeskkonna hügieeni ja tööhügieeni tööstuses;
 - c) ära hoida ja ravida epideemilisi, endeemilisi, kutse- ja teisi haigusi ning võidelda nendega;
 - d) luua tingimused, mis tagaksid kõigile arstiabi ja meditsiinilise hoolitsuse haiguse korral.

Euroopa sotsiaalharta (1961/1996) on Euroopa Nõukogu inimõigusi kaitsev leping, millega sätestatakse inimeste sotsiaalsed õigused ja vabadused. Niisamuti kehtestatakse järelevalve kord, mis tagab, et hartaga ühinenud riigid peavad neist kinni. Eesti ratifitseeris sotsiaalharta 2000. aastal, kuid mitte täielikult, nagu see on ka enamikus Euroopa riikides. Paljud sotsiaalharta sätted on otseselt või kaudselt seotud tervise kaitsega.

- Artikliga 2 tagatud õigused õiglasele töötingimustele tulenevad vajadusest kaitsta inimeste tervist.
- Töötervishoiu ja -ohutusega seotud kohustused on sätestatud artiklis 3.
- Artikkel 7 käsitleb laste ja noorte tervise ning heaolu küsimusi.
- Rasedate naiste tervist kaitseb artikkel 8.
- Artiklid 12 ja 13 on pühendatud sotsiaalkindlustusele ja arstiabile.
- Tervise küsimused on olulised ka seoses võõrtöötajate õigustega, eraldi võiks välja tuua perekonna taasühinemisega seotud õigused.
- Artikkel 11 käsitleb õigust tervise kaitsele rahvastiku tervise seisukohast kõige laiemas mõistes.

(Euroopa sotsiaalharta sekretariaat 2001)

Tervishoiukriis on teravaim just nendes riikides, kus tervishoiutöötajaid on keskmisest vähem.

Majanduslike, sotsiaalsete ja kultuuriliste õiguste komitee on esitanud oma arvamuse pakti artikli 12 lõikes 1, milles on asutud seisukohale, et see ei ole seotud üksnes tervishoiuga, vaid ka tervise alustingimustega, sh tervislik keskkond, ning käsitleb ka asjakohast teabe- ja osalemisõigust. Euroopa sotsiaalharta komitee aga väidab, et tänapäeva vajaduste kohaselt hõlmab harta artikkel 11 õigust tervislikule keskkonnale (Marangopoulos Foundation for Human Rights vs. Greece 2007). Niisamuti peavad olema kindlustatud sellised tervise põhitegurid nagu kanalisatsioon, puhas vesi, piisav toit ja peavari, ohutud ja tervislikud töötin-
gimused ning tervislik keskkond (Hessle 2016).

Nagu kõik inimõigused, on ka õigus tervisele seotud nii poliitiliste kui ka kodanikuõigustega, aga ka teiste majanduslike, sotsiaalsete ja kultuuriliste õigustega, nagu näiteks haridus, eluase, sotsiaalkindlustus, töö, kultuur (Hessle 2016).

Kui õigust tervisele on rikutud, on üksikisikutel või isikute rühmadel, kelle õigus on sätestatud põhiseaduses või teistes seadustes, aga ka rahvusvahelistes dokumentides, võimalus esitada kaebus kohtusse ning saada kohtutelt siduv otsus, mis laieneb ka teistele samas olukorras inimestele (Potts 2008).

Tervise tagatised

ÜRO majanduslike, sotsiaalsete ja kultuuriliste õiguste komitee leiab, et õigus tervisele sisaldab järgmisi kattuvaid ja omavahel seotud elemente: 1) vabadus otsustada oma tervise üle; 2) õigus tervisekaitsesüsteemile; 3) kättesaadavad, ligipääsetavad ja aktsepteeritavad ehk ühiskonnas üldiselt tunnustatud tervishoiuasutused ning sobivad ja kvaliteetsed kaubad ning teenused; 4) mittediskrimineerimine; 5) valitsuse kohustus austada, kaitsta ja täita õigust tervisele; 6) osalemine; 7) seire; 8) vastutus ja abinõud (Potts 2008).

Vabadused ja õigused

Õigus tervisele hõlmab nii vabadusi kui ka õigusi. Üks olulisem vabadus on õigus otsustada oma tervise, sh seksuaalse ja reproduktiivse vabaduse üle. Aga ka õigus olla vaba sekkumistest, nagu näiteks õigus mitte anda nõusolekut meditsiiniliseks raviks.

Eespool nimetatud dokumentide kohaselt on riigil kohustus igati kaasa aidata, et inimeste õigus tervisele oleks kaitstud. Siiski ei saa riik võtta endale kohustust tagada, et iga üksikisik oleks terve. Iga inimene on ainulaadne ja meil kõigil on oma eripärad ning vajadused. Ei ole võimalik, et riik tagab kõigi inimeste hea tervise, sest

tervist mõjutavad asjaolud, mis on osaliselt või täielikult väljaspool riigi kontrolli, näiteks inimese individuaalne vastuvõtlikkus või geneetilised iseärasused. Siiski on riigil kohustus pakkuda oma elanikele võimalikult tervislikku elukeskkonda ning soodustada tervislikke valikuid. Tõhus ja juurdepääsetav tervishoiusüsteem aitab omakorda probleeme ennetada ning tagab vajaliku toe halvenenud tervise seisundiga toimetulekuks.

Nõuetekohane tervishoiusüsteem

Õigus kõrgeimale tervishoiu tasemele sisaldab nelja omavahel seotud ja olulist elementi: kättesaadavus, ligipääsetavus, vastuvõetavus ja kvaliteet (Potts 2008).

Tervishoiuteenuse osutajad, kaubad ja teenused peavad olema riigis piisavalt kättesaadavad. See tähendab näiteks haiglaid, kliinikuid, koolitatud ja konkurentsivõimelist palka saavaid tervishoiutöötajaid, esmatähtsaid ravimeid, ennetavate rahvatervishoiu ja terviseedenduse strateegiate ning meetodite rakendamist. (Potts 2008). Õigus tervisele hõlmab ka õigust erakorralisele meditsiiniteenusele.

Õigus tervisele ei tähenda, et riik peab osutama tasuta kõikvõimalikke tervishoiuteenuseid.

Tervishoiuteenused, sh teenust osutavad asutused peavad olema füüsiliselt ja majanduslikult ligipääsetavad. Ka siis, kui tervishoiuteenused on küll kohapeal üldjoontes kättesaadavad, ei pruugi ratastooliga liikuvad inimesed kaldteede puudumise tõttu neile ligi pääseda. Isegi kui kaldteed on olemas, ei pruugi ligipääsetavus siiski tagatud olla, sest näiteks eakad ei suuda kaldteed läbida.

Takistuseks võib olla tervishoiutöötajate keeleoskus, ka õpitud keeleoskus ei pruugi

olla piisav patsientidest arusaamiseks. Siinkohal tuleks väga tõsiselt mõelda, kui arutletakse hoolduspersonali sissetoomise üle kolmandatest riikidest. Sellega võib kaasneda nii keeleline kui ka kultuuriline mittemõistmine, mis võib tähendada teenuse kvaliteedi halvenemist.

Samuti peavad tervishoiuteenused ja tervist mõjutavate teguritega seotud teenused olema taskukohased kõigile, ka sotsiaalselt ebasoodsas olukorras rühmadele. Tagatud peab olema ka tervisetabe otsimise, vastuvõtmise ja edastamise õigus, seejuures ei tohi kahjustada inimeste õigust andmete konfidentsiaalsusele (Potts 2008).

„Märgata“ ja „sekkuda“ on märksõnad, millest sotsiaaltöötaja mööda vaadata ei saa.

Vastuvõetavuse all on mõeldud seda, et tervishoiuasutused, aga ka kaupade pakkujad ja teenuste osutajad peavad austama meditsiinieetika põhimõtteid. Tähtis on teenuste kultuuriline sobivus ja vastavus soole ning elutsükli nõuetele. Süsteem peab olema planeeritud nii, et tagatud on kõigi osaliste parim tervislik seisund. Näiteks tuleb ravi selgitada selliselt, et see on selle saajale arusaadav nii keeleliselt kui ka sisuliselt. Äärmiselt oluline on, et teenuseosutajad tunneksid oma patsientide või klientide kultuurilisi eripärasid (Hessle 2016).

Samuti peavad nii avalikud kui ka eraviisilised tervishoiuteenused olema teaduslikult põhjendatud ja meditsiiniliselt sobivad ning kvaliteetsed. Seetõttu peab olema riigis nende osutamiseks rangelt kontrollitud süsteem.

Tervise säilitamise, taastamise ja edendamise võimalused peavad olema asjakohased ning kvaliteetsed. Eelkõige on selleks vaja kvalifitseeritud tervishoiutöötajaid,

teaduslikult tunnustatud ja nüüdisaegseid ravimeid ning haiglaseadmeid, ohutut joo-givett ning kanalisatsiooni (OHCHR 2000).

Võrdõiguslikkus ja mittediskrimineerimine

Võrdõiguslikkus ja võrdne kohtlemine on inimõiguste põhiosad. Riigil on seadusest tulenev kohustus tagada, et tervishoiusüsteem oleks kõigile võrdselt kättesaadav, sealhulgas vaesuses elavatele inimestele, vähemustele, põlisrahvastele, naistele, lastele, vaesemates linnaosades ja maal elavatele inimestele, puuetega inimestele ja teistele ebasoodsas olukorras inimestele ning kogukondadele. Samuti peab tervishoiusüsteem reageerima naiste, laste, noorukite, eakate jt spetsiifilistele tervisevajadustele. (Hunt 2006).

Õigus tervisele ei tähenda, et riik peab osutama tasuta kõikvõimalikke tervishoiuteenuseid. Tähtis on, et teenuste kasutamisel ei oleks diskrimineerivaid takistusi. Eestis võib selline takistus olla näiteks tervishoiuteenuste halb kättesaadavus elukoha tõttu. Tiheasutusega piirkondades, eelkõige suuremates linnades, on teenused olemas, kuid maapiirkondades võib see olla tugevalt takistatud, näiteks on sulgetud sünnitusosakondi.

Tervishoiuteenused peavad olema võrdselt kättesaadavad kõigile, sh kõige haavatavamatele või tõrjutud inimestele. Näiteks on meil erakorraline ravi, aga ka COVID-19 vaktsiin kättesaadav ka ravikindlustuseta isikutele.

Seega peaksid tervishoiu- ja hoolekandeteenused olema kättesaadavad majanduslikule olukorrale vaatamata. Ometi on näiteks hooldekoduteenus nii kallis, et üldjuhul ei suuda eakas selle eest ise tasuda.

Olemas peavad olema teavitamisprogrammid ja muud programmid, et tagada

ebasoodsas olukorras inimestele ning kogukondadele juurdepääs tervishoiule ja tervisedenduse võimalustele (Hunt 2006). Sotsiaaltöötaja tegevus märkamisel on hindamatu, tema lähedus abivajajatele on väga tähtis. „Märgata“ ja „sekkuda“ on märksõnad, millest sotsiaaltöötaja mööda vaadata ei saa. Abivajaja pääsemine teenustele oleneb tihti teistest inimestest, sh pereliikmetest, naabritest, kuid eelkõige sotsiaaltöötajatest ja peredest.

Osalemine, seire ja vastutus

Inimestel on õigus osaleda oma tervisega seotud otsuste langetamisel ja kohaliku, riikliku ning rahvusvahelise poliitika kujundamisel. Selleks et osalemine oleks võimalik, on vaja välja töötada asjaomane kord. Tõhus osalemine oleneb ka teistest õigustest, näiteks õigusest otsida, saada ja edastada tervisega seotud infot või oma seisukohti vabalt väljendada, aga ka olla teadlik tervise põhimõtetest (Potts 2008). Osalemise esmatingimus on nii iga indiviidi kui ka kogukonna teadlikkus.

Õigused tähendavad kohustusi ja kohustused nõuavad vastutust. Aruandekohustus on inimõiguste üks olulisemaid tunnuseid, mida omakorda kõige vähem mõistetakse. Vastutus ei tähenda, et iga tervishoiutöötaja on inimõiguste jõustaja, vaid seda, et käitumist, tulemusi ja tulemuslikkust seiratakse. Aruandlus peab olema kättesaadav, läbipaistev ja tõhus, et oleks võimalik aru saada, kuidas tervishoiusüsteemi eest vastutavad isikud on oma kohustusi täitnud (Hunt 2006).

Samuti on tõhusad õiguskaitsevahendid väga tähtsad, et tagada õiguse rikkumise korral heastamine ja vigade parandus ehk olukorra taastamine, mis oli enne rikkumist. Näiteks normatiivaktide vigu saab parandada ainult neid muutes.

Majandusliku kahju hüvitamine on riigi kohustus, milleks iga riik peab välja töötama kindla korra. Üks õiguskaitsevahend on taastusravi, sh nii meditsiinilise kui ka psühholoogilise abi, samuti juriidiliste ja sotsiaalteenuste võimaldamine.

Kokkuvõte

Igaühel on õigus parimale tervisele. Sellest tuleneb riigi juriidiline kohustus tagada asjakohased tingimused. Inimestel on õigus saada kõikvõimalikku tuge ja toetust, et oleks loodud terve olemise võimalused.

Rahvusvahelised dokumendid, nagu inimõiguste ülddeklaratsioon, Euroopa sotsiaalharta ja piirkondlikud kokkulepped, samuti enamiku riikide põhiseadused tunnustavad ning deklareerivad igaühe õigust tervisele. Rõhutatakse võrdse kohtlemise põhimõtet ja välistatud peab olema diskrimineerimine.

Riigi võimalused tervist kaitsta olenevad siiski majanduslikust olukorrast, millest tuleneb riigi sotsiaalne võimekus. Eesmärk peab olema tagada kõigi kodanike ja elanike võrdne võimalus osa saada tervishoiuteenusest. Riigi esmane kohustus on tagada tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkus.

Õigus tervisele tähendab saada kõikvõimalikku tuge ja toetust, et oleksid loodud terve olemise tingimused.

Erilist tähelepanu tuleb pöörata tervishoiutöötajate olemasolule. Praegune tervishoiukriis on toonud valusalt päevavalgele selle ala töötajate puuduse kogu maailmas. Kriis on teravaim just nendes riikides, kus tervishoiutöötajaid on keskmisest vähem. OECD riikide keskmine on üheksa öde tuhande elaniku kohta, Eestis aga on neid kuus

kuni seitse. Aastaid kestnud jõupingutused suurendada öeõppe vastuvõttu on tänaseks leidmas lahendust, tulemusteni jõudmiseks läheb siiski veel aastaid.

Kuid õigust tervisele ei sisusta üksnes tervishoiusüsteem ehk haiglad ja esmasandi tervishoiuteenuste osutajad. Tähtis on ka

keskkond, puhta joogivee kättesaadavus ja kanalisatsioon, aga ka puhas õhk ning saaste vähendamine. Unustada ei tohi ka tervisedendust, rahvatervishoidu laiemalt, taastusravi ning ennetus- ja sotsiaaltööd. Sotsiaaltöötaja tegevus inimeste tervise hoidmisel on hindamatu, kuid kahjuks veel alahinnatud. 

Viidatud allikad

- Euroopa sotsiaalharta** (1961/1996) / Sotsiaalministeerium. (n.d.)
www.sm.ee/et/euroopa-sotsiaalharta (08.06.2021).
- Euroopa sotsiaalharta sekretariaat** (2001). Euroopa sotsiaalharta Euroopa sotsiaalõiguste komitee praktika (*case-law*) kokkuvõte. www.digar.ee/arhiiv/nlib-digar:14328 (16.11.2021).
- Hessle, S.** (2016). Human Rights and Social Equality: Challenges for Social Work. Routledge.
- Hunt, P.** (2006). The human right to the highest attainable standard of health: new opportunities and challenges. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 100, 603–607.
<https://doi.org/10.1016/j.trstmh.2006.03.001>
- Kinney, E. D., Clark, B. A.** (2004). Provisions for Health and Health Care in the Constitutions of the Countries of the World. *Cornell International Law Journal* 37 (2), 285–355.
- Marangopoulos Foundation for Human Rights (MFHR) vs. Greece.** (2007).
http://climatecasechart.com/climate-change-litigation/wp-content/uploads/sites/16/non-us-case-documents/2007/20070607_Complaint-No.-302005_decision-1.pdf (16.11.2021).
- OHCHR, The Office of the UN High Commissioner for Human Rights** (2000). General comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health. www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf (16.11.2021).
- Potts, H.** (2008). Accountability and the Right to the Highest Attainable Standard of Health.
<http://repository.essex.ac.uk/9717/1/accountability-right-highest-attainable-standard-health.pdf>.
- Eesti Vabariigi põhiseadus** (1991). <https://pohiseadus.ee>
- ÜRO inimõiguste ülddeklaratsioon** / Välisministeerium. (n.d.).
<https://vm.ee/et/uro-inimoiguste-ulddeklaratsioon> (27.06.2021).
- Majanduslike, sotsiaalsete ja kultuuriliste õiguste rahvusvaheline pakt.** Riigi Teataja (1992).
www.riigiteataja.ee/akt/23981
- Wilkinson, R., Marmot, M.** (2017). Social determinants of health. The solid facts. Second edition. World Health Organization. www.euro.who.int/en/publications/abstracts/social-determinants-of-health-the-solid-facts

**Alexander Klein***Saxioni rakenduskõrgkooli sotsiaaltöö kool (Holland)***Ingo Stamm***Jyväskylän Ülikool, Kokkola ülikoolide kontsortsium
Chydenius (Soome)*

Inimõigusharidus sotsiaaltöös

Artiklis anname ülevaade inimõigusharidusest Euroopa mitme riigi sotsiaaltöö kõrgkoolides. Ülevaade ei ole kõikehõlmav, kuid peaks andma aluse ja lähtepunkte aruteludeks ning sotsiaaltöö õppekavade süsteemseks hindamiseks Euroopas inimõigushariduse vaatenurgast. Toome ka mõned konkreetsed näited Hollandist ja Soomest.

Inimõiguste tähtsustamisel sotsiaaltöös on pikk traditsioon (Staub-Bernasconi 2016, 2018). Aastal 1988 tegi Rahvusvaheline Sotsiaaltöötajate Föderatsioon (IFSW) teedrajava avalduse, kuulutades sotsiaaltöö inimõigustega seotud elukutseks (Healy 2008). Sestsaadik on kogu maailma sotsiaaltöötajad selles küsimuses üksmeelel. Viimastel aastakümnetel on viited inimõigustele muutunud laialdasemaks ja kajastatud arvukates rahvusvaheliste ühenduste, ennekõike IFSW ja Rahvusvahelise Sotsiaaltöökõrgkoolide Assotsiatsiooni (IASSW) dokumentides. Sotsiaaltöö rahvusvahelises definitsioonis, mille kaks suurimat rahvusvahelist erialaliitu võtsid vastu 2000. aastal, samuti 2014. aasta uues definitsioonis on inimõigused sotsiaaltöö üks keskne põhimõte (IFSW ja IASSW 2000 ja 2014). Inimõigused järgitaval kujul on esitatud ka ülemaailmsel sotsiaaltöö

definitsioonil põhinevas eetikapõhimõtete dokumendis (Eetikapõhimõtted sotsiaaltöös 2019).

Üha sagedasem inimõigustele viitamine sotsiaaltöös, näiteks organisatsioonide ja asutuste põhidokumentides, peegeldab eespool kirjeldatud arengut. Laste hoolekande valdkonnas rõhutatakse sõnaselgelt laste õigusi (nt Link 2007; Vandenhoele jt 2015) ja ka erivajadustega inimeste hoolekandes ning vaimse tervise valdkonnas näeme üha enam viiteid puuetega inimeste õiguste konventsioonile (nt Degener jt 2016). Austria ja Saksamaa sotsiaaltöötajatega korraldatud uuringus nõustus lausa 91,4 protsenti vastanutest väitega, et sotsiaaltöö on inimõigustega seotud kutse (Como-Zipfel jt 2019, 26). Siiski jääb enamasti vastuseta küsimus, mida sotsiaaltöötajad inimõigustest rääkides tegelikult silmas peavad ja milline on nende tähtsus praktikas. On oht, et inimõigused muutuvad tühjaks sõnakõlksuks

ja kaotsi läheb nende sisu inimõigustele suunatud tegevuse alusena, hoiatavad kriitilise sotsiaaltöö¹ esindajad (Kappeler 2008; Müller-Hermann ja Becker-Lenz 2013).

Seda ohtu teadvustades peavad sotsiaaltöö kõrgkoolid tõsiselt edendama inimõigusõpet oma õppekavades, kuigi inimõigusi on peetud sotsiaaltöös keskseks alates 1980. aastatest ning juba 20 aastat on need ametlikult sotsiaaltöö üks juhtpõhimõte. Arutelu, kuidas ja mis kujul on vaja inimõigusi sotsiaaltöö õppekavadesse lõimida (või neid vähemalt tutvustada), on endiselt lünklik. Inimõiguste üldisele tunnustamisele vaatamata on õppekavades senini vähe tähelepanu pälvinud küsimus, kuidas inimõigusi ka tegelikult sotsiaaltöös järgida, nii et see oleks tegevuse lähtepunkt. Sotsiaaltöö kõrgkoolide seisukohast on seega keskne küsimus, mille alusel süstematiseerida õppekavades inimõiguste järgimise mudeleid. Kindlasti tuleb arvesse võtta kõrgharidusstandardi erinevusi riigiti. Kuid sotsiaaltöö kui rahvusvahelise kutse ja teadusala jaoks on hädavajalik kujundada arusaam, kuidas käsitleda ja arendada inimõigustega seotud küsimusi õppekavades.

Inimõigusharidus – ajalooline areng ja käsitlusviis

Juba 1994. aastal ilmunud käsiraamatus „Sotsiaaltöö ja inimõigused“, mille töötas välja ÜRO inimõiguste keskus koostöös IFSW ja IASSW-ga, seostati sotsiaaltöö selgesti inimõigustega ja see kajastub hilisemates rahvusvahelistes definitsioonides (Centre for Human Rights jt 1994/2002)². Selle seose põhialuseid ja sotsiaaltöö õppekavades vajalikke allikaid on siinkohal juba kirjeldatud. Inimõiguste lõimimisel sotsiaaltöö õppekavadesse saab

kindlasti kohandada inimõigusõppe mudeleid. Neis leidub teooriaid ja käsitlusi didaktilise raamistiku tarbeks.

Suurepärane mudel on inimõigusõppe jagamine kolmeks: õpetada inimõigusi, sotsiaaltööd inimõiguste kaudu ja kuidas seista inimõiguste eest (ÜRO 2011; Lohrenscheit 2004). Sotsiaaltöö õppekavades tähendab see ennekõike inimõiguste aluste õpetamist, st õiguste teoreetiliste aluste selgitamist, et õppijaid selles valdkonnas harida. Inimõiguste ja nende teoreetilise raamistiku põhjalikuks tutvustamiseks ei piisa ainult eespool nimetatud organisatsioonide ja ÜRO dokumentidest. Ühtlasi annavad inimõigused haridusele pedagoogilise, didaktilise vaate.

Õppekavades on senini vähe tähelepanu pälvinud küsimus, kuidas inimõigusi ka tegelikult sotsiaaltöös järgida, nii et see oleks tegevuse lähtepunkt.

Üliõpilasi kui õppijaid ei harita ainult kutsetöös toimetulekuks, vaid austades neid iseseisvate isiksustena, inimõiguste subjektidena. Kindlasti on tähtis silmas pidada inimõiguste kultuuri järgmise ja sotsiaaltöötajatele esitatavate nõudmiste tasakaalu. Inimõigusliku hoiaku edendamiseks on vaja üliõpilasi (ja õppejõude) kohelda eelkõige tunnustavalt ja nende väärikust austavalt. Inimõigusõpe on sotsiaaltöös tähtis kolmes mõttes. Sotsiaaltöö kui elukutse keskmes on inimõigused, seega ei ole õpe suunatud ainult „inimõiguste kultuuriga“ seotud tegevusele, mis puudutab igaüht. Sotsiaaltöö

¹ Sotsiaaltöö suund, mis toetub kriitilisele sotsiaalteooriale. Sotsiaalseid probleeme nähakse tulenevat ebavõrdsusest ja mitmesugustest diskrimineerimise vormidest, mida soodustab üleilmastuv kapitalism ja uusliberaalne juhtimine. – Tõlkija.

² Ilmunud ka eesti keeles: Inimõigused ja sotsiaaltöö. Õpik sotsiaaltöökoolidele ja sotsiaaltöötajatele. (1994). Inimõiguste keskus: Genf; ÜRO: New York ja Genf (Professionaalse koolituse sari nr.1). – Toim.

on tegutsemisele suunatud, seega tuleb eeskätt arendada inimõiguste praktikas järgimise oskust. See tähendab mitte ainult inimõigusi järgivat tegutsemist kaasinimesena, vaid ka professionaalsust. Tulevased sotsiaaltöötajad peavad õppima arvesse võtma inimõiguste tähtsust eri meetodite ja käsitluste juures. Sellele kaudsele aspektile lisaks tuleb üliõpilastele otsesõnu õpetada inimõigustele suunatud käsitlusviise, et nad oskaksid klientide inimõigusi kaitsta.

Inimõigusõpe Hollandi ja Soome näitel

Soomes on sotsiaaltöö uurimispõhine teaduslik distsipliin, mis hõlmab kõiki kolme akadeemilist õppeastet. Sotsiaaltöötajaks saamiseks on vaja läbida viis aastat kestvad magistrikraadiga lõppevad õpingud ühes kuuest sotsiaaltöö kõrgkoolist. Sotsiaaltöö doktoriõpe on avatud ka sotsiaaltöötajatele-praktikutele (Kokkonen ja Turtiainen 2018; Lähteinen ja Matthies 2021).

Inimõigusõpe kuulub kõikide kõrgkoolide õppekavadesse. Ometi ei ole see kohustuslik ja kui palju ning kuidas seda õpetatakse, oleneb ülikoolist ja selle õppekavast. Soome riiklik sotsiaaltöö võrgustik (Sosnet) kehtestas 2017. aastal raamistiku, millele peavad vastama Soomes sotsiaaltööhariduse kaudu omandatavad teadmised ja oskused (Lähteinen jt 2017). Need on sotsiaalteaduslik kompetentsus, uurimistöö kompetentsus, suhtlemiskompetentsus, töömeetodite kompetentsus, teenusesüsteemi kompetentsus, arenduste ja muutuste kompetentsus, juhtimiskompetentsus, eetilise, juriidilise ning struktuurse sotsiaaltöö³ kompetentsus. Inimõigusi saab siduda kõigi nende valdkondadega, kuid kolmes viimases on inimõigusharidus ilmselgelt

kõige vajalikum ja seetõttu seda sageli ka käsitletakse asjaomastes ainekursustes.

Rahvusvahelisest vaatenurgast on oluline ka Sosneti 2018. aastal algatatud programm DEOT („Developing Online Social Work Courses in English“). Programmi eesmärk on pakkuda uusi ingliskeelseid veebikursusi ja õppematerjale nii Soome kui ka rahvusvahelistele sotsiaaltöö üliõpilastele (Svenlin jt 2020). Programm koosneb kuuest õppe-moodulist. Iga moodul pakub õppijatele arvukalt salvestatud loenguid ja täiendavat materjali.

Inimõigusõpet on eraldi teemadena käsitletud kolmes õppemoodulis: mitmekultuuriline sotsiaaltöö, sotsiaaltöö ökosotsiaalsete muutuste kontekstis ja globaalsed perspektiivid sotsiaaltöös. Viimases moodulis keskendub üks osa kursust esmalt inimõigusõppele üldisemal tasandil, tutvustades Silvia Staub-Bernasconi ja Jim Ife käsitlusi, seejärel tutvustatakse inimõiguste järgimist sotsiaaltöös, käsitledes näiteks vähemuste olukorda Põhjamaades ning vaesuse ja inimõiguste seost.

Hollandis peetakse sotsiaaltööd üldiselt normatiivseks kutseks (SAHSS 2017). Seda õpetatakse rakenduskõrgkoolides ja nõutav haridustase on praegu bakalaureusekraad, mille omandamiseks kulub neli aastat. Lisaks sellele on väiksema kohtade arvuga magistriõppekavasid. Sotsiaaltööd ja teadustööd kõrgkoolides mõistetakse praktikale suunatuna ja praktikast lähtuvana (Metz jt 2021). Kogu riigi bakalaureuseõppekavade alus on haridusprofiil (SAHSS 2017), mis on nende kõigi jaoks siduv raamistik.

Inimõigusi selgitatakse ainult üldisemalt, tutvustades sotsiaaltöö üleilmset definitsiooni, mis on kutse alus. Sestap ei ole inimõiguste järgimise õpetamine sotsiaaltöö

³ Struktuurne sotsiaaltöö on kriitilise sotsiaaltöö suund, mis keskendub ühiskonna sotsiaal-majanduslikele ja poliitilistele mõõtmetele ning nende osale inimeste ebavõrdsuse allikana. – Tõlkija.

kraadiõppes kohustuslik, kuid siiski võib seda leida paljudes bakalaureuseõppekavades eri vormis ja mahus.

Haridusprofiili järgi on sotsiaaltööl kolm põhiülesannet: 1) edendada inimeste sotsiaalset toimimist ja nende sotsiaalseid olusid, 2) tugevdada organisatsioonilisi suhteid sotsiaaltöös ning 3) edendada nii iga üksiku sotsiaaltöötaja kutsemeisterlikkust kui ka elukutse arengut.

Inimõiguste mõistmist iseloomustab inimlik mitmekesisus, sotsiaalne õiglus ja diskrimineerimisvastasus.

Lähtutakse normatiivse professionalismi mõistest, seega seostatakse inimõigusõpe sageli eetikaga ja tutvustatakse inimõigusi üldiselt. Samal ajal peab üks Belgia–Hollandi sotsiaaltöö ja inimõiguste ning sellekohase hariduse tööühm tähtsaks, et sotsiaaltöö õppekavades õpetataks nii inimõigusi üldiselt kui ka sotsiaaltöö mõtestamist inimõiguste kaudu ning inimõiguste järgimist sotsiaaltöös (Reynaert jt 2018).

Enschede asuva Saxioni rakenduskõrgkooli sotsiaaltöö koolis on inimõigused tunnustatud üheks tähtsamaks õppekava teemadest. Siiski ei ole inimõigused praegusesse õppekavasse veel täielikult lõimitud, vaid jagatud kursuste vahel. Inimõiguste järgimist õpetatakse sageli kutse-eetika raames, kuid praegu välja töötavas uues õppekavas on inimõiguste küsimused juba laiemalt esindatud.

Lisaks põhiõppekavale pakutakse Hollandis üliõpilastele valikuna ka kõrvalkavasid (mikrokraade). Üks selline õppekava on Saxioni kõrgkoolis ja põhineb Silvia Staub-Bernasconi (2018) käsitlusel sotsiaaltööst kui inimõigustega seotud kutsest. Õpetatakse nii inimõigusi üldiselt, sotsiaaltööd inimõiguste

kaudu ja ka seda, kuidas inimõigusi sotsiaaltöös järgida. Inimõiguste mõistmist iseloomustab inimlik mitmekesisus, sotsiaalne õiglus ja diskrimineerimisvastasus. Nende põhimõtete toel viivad üliõpilased ellu praktikaprojekte, milles nad rakendavad õpitut.

Kokkuvõte

Siin esitatud Soome ja Hollandi näited annavad ainult veidi aimu inimõigushariduse hetkeseisust sotsiaaltöö õppekavades. Lisaks iga riigi tingimuste mitmekesisusele on oluline ka iga ülikooli ja õppekavade suunitus. Üldiste sotsiaaltöö õppekavade kõrval on loodud ka mitu otseselt inimõigustele suunatud kava, näiteks Vilniuse Mykolas Romerise ülikooli bakalaureuseõppekava „Sotsiaaltöö ja inimõigused“, samanimeline magistrikava Göteborgi ülikoolis ja magistrikava „Sotsiaaltöö kui inimõigustega seotud elukutse“ Berliini Alice Salomoni ülikoolis. Kõigi nende õppekavade alus on sotsiaaltöö ja inimõiguste seose erinev mõtestamine. Näiteks Berliini õppekavad toetuvad Silvia Staub-Bernasconi (2016) ja Nivedita Prasadi (2018) ideedele, mujal on kasutusel ka Jane McPhersoni käsitlus (2013).

Viimase kahe aasta jooksul on eri riikide õppejõud ja teadlased kohtunud, et arutada inimõiguste õpetamise ning nende järgimise võimalusi ja vajadusi sotsiaaltöös ning arendada edasi erinevaid käsitlusviise. Nendest kohtumistest on välja kasvanud tööühm, kes kirjeldab ja süstematiseerib inimõiguste ja nende õpetamise käsitlusi sotsiaaltöös, vahetades mõtteid erinevate mudelite kohta. Rühma järgmine samm on moodustada EASSW raames erihuvirühm, et protsessi veelgi tihedamalt koondada.

Kavas on ka algatada projekt, mille tulemusena valmib keskeid elemente ja mõisteid koondav ning süstematiseeriv inimõigusõppe raamistik sotsiaaltöö õppe-

kavade tarbeks. Eesmärk on luua kõikehõlmav arusaam inimõiguste tähtsusest sotsiaaltöös ja seega aidata kaasa inimõiguste teadlikule ning neil põhinevale praktikale

ja uurimistööle, mis ei piirdu tühjade sõnakõlksude ega lihtsustatud mõistetega. Kust mujalt peaksime alustama, kui mitte tulevaste sotsiaaltöötajate harimisest? 

Inglise keelest tõlkinud Marju Selg

Artikkel põhineb Euroopa sotsiaaltööhariduse konverentsi seminaril, mille korraldas 2021. aasta juunis Euroopa Sotsiaaltöökoolide Assotsiatsioon (EASSW) koos Tallinna Ülikooliga.

Viidatud allikad

- United Nations/IFSW/IASSW** (1994/2002). Menschenrechte und Soziale Arbeit. Ein Handbuch für Ausbildungsstätten der Sozialen Arbeit und für den Sozialberuf.
- Como-Zipfel, F., Kohlfürst, I., Kulke, D.** (2019). Welche Bedeutung hat Ethik für die Soziale Arbeit? Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Degener, T., Eberl, K., Graumann, S., Maas, O., Schäfer, G. K., Maaß, O.** (toim) (2016). Menschenrecht Inklusion: 10 Jahre UN-Behindertenrechtskonvention – Bestandsaufnahme und Perspektiven zur Umsetzung in sozialen Diensten und diakonischen Handlungsfeldern. Göttingen Bristol, CT, U.S.A: Vandenhoeck & Ruprecht, Neukirchener Theologie.
- Healy, L. M.** (2008). Exploring the history of social work as a human rights profession. *International Social Work*, 51 (6), 735–748. doi:10.1177/0020872808095247
- Kappeler, M.** (2008). Den Menschenrechtsdiskurs in der Sozialen Arbeit vom Kopf auf die Füße stellen. *Widersprüche*, 28(107), 33–45.
- Kokkonen, T., Turtiainen, K.** (2018). Social work education in Finland. Raamatus: Kamali, M., Jönsson, J. H. (toim). Neoliberalism, Nordic Welfare States and Social Work. Current and Future Challenges, 171–181. London and New York: Routledge.
- Laging, M., Žganec, N.** (toim) (2021). Social work education in Europe: traditions and transformations. Cham, Switzerland: Springer.
- Lähteinen, S., Matthies, A.-L.** (2021). Research-Based Social Work Profession in the Finnish Welfare State. Raamatus: Laging, M., Žganec, N. (toim). Social work education in Europe: traditions and transformations, 43–63. Cham, Switzerland: Springer.
- Lähteinen, S., Raitakari, S., Hänninen, K., Kahtila, A., Kekoni, T., Krok, S., Skaffari, P.** (2017). Social Work Education in Finland. *Lapin yliopistopaino*. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/232351/loader2.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (07.07.2021).
- Link, R. J.** (2007). Children's Rights as a Template for Social Work Practice. Raamatus: Reichert, E. (toim.). Challenges in Human Rights. A Social Work Perspective, 215–238. New York: Columbia University Press.
- Lohrenscheit, C.** (2004). Das Recht auf Menschenrechtsbildung: Grundlagen und Ansätze einer Pädagogik der Menschenrechte. Frankfurt am Main: IKO, Verl. für Interkulturelle Kommunikation.
- Metz, J., Jager-Vreugdenhil, M., Wilken, J. P., Witte, T.** (2021). Sociaal Werk Doordacht. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- McPherson, J.** (2013). Social work & human rights: Making the connection. Raamatus: Hokenstad, T., Segal, U., Healy, L. (toim). Teaching Human Rights: Curriculum Resources for Social Work Educators. Washington, DC: Council on Social Work Education.

- Müller-Herrmann, S., Becker-Lenz, R.** (2013). Die Soziale Arbeit als „Menschenrechtprofession“ – Ein (zu) hoher Anspruch. Raamatus: Mührel, E., Birgmeier, B. (toim.) Menschenrechte und Demokratie. Perspektiven für die Entwicklung der Sozialen Arbeit als Profession und wissenschaftliche Disziplin, 125–141. Wiesbaden: Springer.
- Prasad, N.** (2018). Soziale Arbeit – Eine umstrittene Menschenrechtsprofession. Raamatus: Spatscheck, Ch. jt (toim.) Menschenrechte und Soziale Arbeit. Opladen: Barbara Buderich Verlag.
- Reynaert, D., Dijkstra, P., Knevel, J., Hartman, J., Tirions, M., Geraghty, C., Gradener, J., Lochtenberg, M., van den Hoven, R.** (2018). Human Rights at the heart of the social work curriculum. *Social Work Education*, 38(1), 21–33. doi:10.1080/02615479.2018.1554033.
- Sectoraal adviescollege hogere sociale studies (SAHSS 2017).** Landelijke opleidingsdocument sociaal werk. www.vereniginghogescholen.nl/system/profiles/documents/000/000/212/original/Landelijk_opleidingsdocument_Sociaal_Werk_-_downloadversie.pdf?1494439200 (15.11.2021).
- Staub-Bernasconi, S.** (2016). Social Work and Human Rights – Linking Two Traditions of Human Rights in Social Work. *Journal of Human Rights and Social Work*, 1(1), 40–49. doi:10.1007/s41134-016-0005-0
- Staub-Bernasconi, Silvia** (2018). Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Soziale Arbeit auf dem Weg zu kritischer Professionalität. Second Edition. Opladen Toronto: Budrich.
- Svenlin, A.-R., Panić, G., Lunabba, H.** (2020). SOSNET Kevätwebinaari/SOSNET Spring Webinar. Ettekanne 14.05.2020.
- United Nations** (2011). United Nations Declaration on Human Rights Education and Training. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/G11/124/78/PDF/G1112478.pdf?OpenElement> (07.07.2021).
- Vandenhoe, W., Desmet, E., Reynaert, D., Lembrechts, S.** (toim.) (2015). Routledge International Handbook of Children's Rights Studies. New York: Routledge.

KOMMENTAAR

Judit Strömpl

Tartu Ülikooli ühiskonnateaduste instituudi sotsiaaltöö uuringute kaasprofessor

Sellistel erialadel nagu sotsiaaltöö on äärmiselt tähtis tundma õppida häid rahvusvahelisi kogemusi. Kunagi ei lõppe vajadus uuesti sõnastada sotsiaaltöö iseärasusi ka rahvusvahelises võrdluses. Alexander Kleini ja Ingo Stammi artikkel tuleb meelde sotsiaaltöö omapära. Sotsiaaltöö väärtustes on inimõigused omamoodi standard. Laias laastus ongi ju sotsiaaltöötaja ülesanne järgida iga inimese õiguste jõustumist.

Hea meel on, et kuigi sotsiaaltöö eriala ei paista Tartu Ülikooli õppekavade nimedes kohe välja, õpetatakse nii bakalaureusekavas „Infoühiskond ja sotsiaalne heaolu“ kui ka magistrikavas „Kogukondade arendamine ja sotsiaalne heaolu“ inimõigusi ning eetikat. Neid teemasid käsitletakse mitme aine õpetamisel. Näiteks bakalaureuseõppe sotsiaaltöö aluste üks keskne teema on just inimõigused. Ka magistriõppe uues kavas pööratakse endiselt tähelepanu eri rühmade inimõigustele, kuigi need ei ole nii põhjalikult vaatluse all nagu eelmises, „Sotsiaaltöö ja sotsiaalpoliitika“ magistrikavas, kus laste heaolu moodulis oli eraldi aine lapse õigustest.

Artiklis arutletakse inimõiguste üle põhjalikumalt. Nii süvitsi meie õppekavades ei minda, kuid inimeste samaväärsus on õppes väga selgelt ja läbivalt mõtestatud.

KOMMENTAAR

Marju Medar, Mariann Märtsin, Ingrid Sindi

Tallinna Ülikooli ühiskonnateaduste instituudi sotsiaalkaitse suuna õppekavade kuraatorid

Inimõiguste õpe on Tallinna Ülikoolis nii sotsiaaltöö bakalaureuse ja magistritaseme õppekavades kui ka sotsiaalpedagoogika-lastekaitse magistriõppe kavas. See on jagatud eri kursuste vahel – mõnes neist käsitletakse seda süvendatult ja mõnes koos teiste teemadega.

Üle-ülikooliline kohustuslik aine „Ühiskond ja õigus“ annab ülevaate õiguse tähendusest ühiskonnas ning Euroopa Liidu ja Eesti õigussüsteemist, sh inimõigustest.

Kohustuslike erialaainetega omandatakse üldteadmised sotsiaalsetest õigustest põhi-seaduse tähenduses ning riigi, kohaliku omavalitsuse, isiku ja perekonna kohustustest nende tagamisel. Räägitakse sotsiaaltööst kui väärtustel põhinevast elukutsest; selgitatakse positiivset inimkäsitlust, -käitumist, väärtusi ja vastutust, samuti inimõigusi ja nendega arvestamist. Ainekursus „Sotsiaaltöö erivajadustega inimestega“ arendab arusaamist neile võrdsete võimaluste loomisest ühiskonnas.

Valikainena saavad üliõpilased läbida „Kogukonnatöö praktika“ kursuse, kus käsitletakse erialast eetikat, inimõigusi ja kollektiivset vastutust. Üliõpilane kavandab ja läbib praktika, analüüsib seminarides ja portfoolios praktikakogemusi, õppides enda ja kaaslaste tagasisidest.

Püüdleme selle poole, et sõna inimõigused oleks põhimõte, millest praktikud igapäevatöös lähtuvad. Abistavas elukutses (näiteks lastekaitsetöö) on inimõigusi sageli keeruline või isegi vastuoluline järgida. Näiteks on lapsi, noorukeid või lapsevanemaid, kes elu keerdkäikude, elukogemuste, struktuurse ebavõrdsuse või sügavalt isiklike vajaduste tõttu on muutunud abivajajaks. Kuidas aga aidata neid nii, et samal ajal austatakse inimest iseseisva isiksusena, inimõiguste subjektidena? See on üks küsimus, mida lastekaitset ja -hoolekannet käsitlevatel kursustel mõtestatakse.

Seega pööratakse TLÜ õppekavades inimõigustele küll tähelepanu, kuigi need pole veel täielikult lõimitud. Kas ja millises mahu sellega jätkame, on õppekava arendamise üks küsimus.

Psüühilise erivajadusega inimese osalus oma eestkostes



Erle Eenmaa, MA

KOKKUVÕTE

Uurisin oma magistritöös¹, kuidas tõlgendavad psüühilise erivajadusega inimese osalust oma eestkostes praktikud, kes osalevad selle seadmisel ning rakendamisel, – maakohtu kohtunikud, kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajad ja erihoolekandetasutuse töötajad. Uurimusse kaasasin erineva taustaga spetsialiste, et saada võimalikult terviklik ülevaade psüühilise erivajadusega inimese võimalustest oma eestkoste protsessis kaasa rääkida ning otsuseid langetada. Uurisin ka, milliseid puudusi praktikud eestkoste süsteemis näevad ja mida oleks vaja muuta.

Intervjuudest selgus, et psüühilise erivajadusega inimestel ei ole sageli piisavalt võimalusi koos eestkostjaga oma eluga seotud otsustes kaasa rääkida ega otsuseid langetada. Üks uurimuse põhijäreldusi on, et eestkoste seatakse täna liiga suures mahus ja tuleks täpsemalt hinnata, kellele seda vaja on. Kergemate juhtumite korral oleks inimesi otstarbekam toetada asjakohaste tugiteenustega.

MÄRKSONAD

Inimõigused, erivajaduse sotsiaalne mudel, psüühikahäire, eestkoste, toetatud otsuste tegemine, asendatud otsuste tegemine

Puuetega inimeste õiguste ja huvide kaitse käsitused põhinevad inimõigustel. Inimõigused on universaalsed ja võrrandamatud ning kuuluvad kõigile inimestele (Gordon jt 2017). Need ei olene inimese mõõdetavast funktsionaalsest võimekusest ühiskonnas osaleda, vaid tulenevad iga inimese loomuasest väärtusest (Stein 2007). Eestkoste korral võetakse täielikult või osaliselt ära inimese õigus ise otsuseid langetada,

mistõttu on eestkoste inimõiguste küsimus (Bartlett jt 2007).

Erivajaduse meditsiiniline ja sotsiaalne mudel

Lääne-Euroopas toimus 20. sajandi keskpaigas erivajadustega inimeste sotsiaaltöös paradigma muutus. Senise meditsiinilise mudeli kõrvale hakkas ühiskonna arenedes tekkima sotsiaalne mudel. Meditsiinilises

¹ Tartu Ülikooli ühiskonnateaduste instituudis kaitsstud magistritöö, juhendaja Häli Tarum.

mudelis vaadeldi puudega inimest ja tema probleeme üksnes individuaalsest ja meditsiinilisest aspektist (Zhang ja Walker 2019). Erivajadusega inimest nähti kui puudustega inimest, keda on vaja parandada (Arstein-Kerslake jt 2017). Keskenduti eeskätt asomaatilisele ravile, sh diagnoosidele, lähuti haigus *vs.* ravi põhimõttest (Casstevens 2010). Postmodernistlikus maailmas kujunes arusaam, et puue on ühiskondlik konstruktsioon (Zhang ja Walker 2019). Sotsiaalse mudeli järgi ei tulene raskused, mida puuetega inimesed võivad kogeda, üksnes nende tervise seisundist, vaid ühiskonnast ja selle struktuuridest, mis on loodud vastama enamuse, mitte vähemuste vajadustele (Lawson ja Priestle 2017).

Psüühilise erivajadusega inimese otsustusvõime

Psüühilise erivajadusega inimesed moodustavad äärmiselt heterogeense rühma, kus inimesiti varieerub nii toimetuleku- kui ka otsustusvõime. Mõni inimene võib elada oma kodus ja tulla toime ise või pereliikmete toel, teine vajada toimetulekuks igapäevast abi, hoolekandeteenuseid või eestkostet.

Psüühikahäiret tuleb eristada vaimsest võimekusest: psüühikahäire on meditsiiniline seisund, vaimne võimekus aga oleneb sellest, kas inimene on võimeline langetama otsuseid. Sageli võivad ka väga tugevate vaimse tervise probleemide ja intellektipuudega inimesed suuta otsuseid langetada (Bartlett jt 2007).

Eestkostevajaduses on olulisel kohal inimese otsustusvõime (ingl *decisional ability*). Seda on defineeritud kui võimekust valida konkureerivate võimaluste või tegevussuundade vahel. Otsustusprotsess hõlmab otsuse langetamist selle alusel, mis on parasjagu parim (Shogren ja Wehmeyer 2015). Otsustusvõimet võivad pärssida kognitiivne puudulikkus, mäluprobleemid, halb

realsustaju, impulsiivsus, tugev afektiseisund, kõrge stressitase jm (Jeste ja Saks 2006). Sellistel juhtudel on pereliikmetel, meditsiinitöötajatel või sotsiaaltöötajatel vaja osutada psüühikahäirega inimesele abi.

Uurijad on sedastanud, et otsustusvõime on situatsioonispetsiifiline. Näiteks on mitmed psühhiaatriliste häirete empiirilised uuringud tõestanud, et üksnes meditsiinilisele diagnoosile tuginedes ei saa eeldada otsustusvõime häiret (McSwiggan jt 2015). Jeste ja Saks (2006) märgivad, et otsustusvõimet ei saa vaadelda kui „kõik-või-mitte-midagi-staatust“, vaid see on mitmeotstarbeline võime, mis varieerub ning oleneb ajast ja kontekstist. See tähendab, et kõrvalt hinnates ei saa öelda, kas inimesel on või ei ole otsustusvõime, sest see on ajas muutuv ja seotud konkreetsete otsustusküsimustega. Selline käsitlus on kooskõlas sotsiaalse mudeliga. Inimõiguste seisukohast on oluline, kas inimene mõistab piisavalt ja suudab hinnata konkreetse otsusega seotud infot. Kui ta seda mõistab, on tal võimekus langetada otsuseid (Bartlett jt 2007).

Psüühilise erivajadusega inimestel peab vajaliku abiga olema võimalus ühiskonnas osaleda ja ise otsuseid langetada oma haigusele ning toimetulekuraskustele vaatamata.

Asendatud või toetatud otsuste tegemine

Sotsiaalsest mudelist lähtutakse ka ÜRO puuetega inimeste konventsioonis. Kuigi artiklis 12 on sätestatud, et puuetega inimestele kehtib õigus- ja teovõime kõigis eluvaldkondades teistega võrdsetel alustel, on artiklit riigisisestes seadustes rakendatud erinevalt. ÜRO on ka Eestil soovitanud üle vaadata artikli 12 käsitlus ja tagada erivajadustega inimestele võrdsed õigused ning toetatud otsuste langetamine kõigis eluvaldkondades, milleks on vaja ümber korraldada eestkostesüsteem (Committee

on the Rights of Persons with Disabilities 2021). Konventsioonis on rõhutatud vajadust liikuda asendatud otsuste tegemise põhimõttelt toetatud otsustamise suunas, väärtustades puudega inimese autonoomiat ja otsustusõigust (ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsiooni variraport 2019).

Psüühilise erivajadusega inimestel peab vajaliku abiga olema võimalus ühiskonnas osaleda ja ise otsuseid langetada.

Eestis seatakse eestkoste perekonnaseaduse alusel juhul, kui täisealine ei suuda vaimuhaiguse, nõrgamõistuslikkuse või muu psüühikahäire tõttu kehtvalt oma tegudest aru saada või neid juhtida. Eesti eestkostesüsteem toimib asendatud otsuste tegemise põhimõttel. See tähendab, et teised inimesed langetavad otsuseid isiku eest, kelle vaimne võimekus ei luba seda ise teha (nt elukoha-, tervise- või finantsküsimustes) (Davidson ja Brophy 2016). Eestkostja lähtub otsustamisel sellest, mida peab õigeks, pidades silmas inimese parimaid huvisid, mitte aga inimese enda soove või eelistusi (Committee on the Rights of Persons with Disabilities 2014).

Toetatud otsuste tegemise mõistet kasutatakse mitmes tähenduses ja vahel on ebaselge, mida selle all mõeldakse. Seda võib käsitleda kui protsessi, süsteemi või raamistikku, mille käigus või mille alusel inimesi toetatakse otsustamisel (Browning jt 2014). Toetatud otsuste tegemine on seega ühest küljest protsess, teiselt poolt ÜRO soovitatud alternatiivne õigusparadigma inimeste autonoomia kaitsmiseks (Browning jt 2014).

Selle asemel et lasta eestkostjal inimese eest valikuid teha, on tal toetaja, kes üksnes abistab. Selleks määratakse kindel usaldusväärne isik, näiteks sõber, pereliige või spetsialist, kes aitab

inimesel tema enda valikuid mõista ja eristada (Werner ja Chabany 2016). Asendatud otsuste tegemise ja toetatud otsuste tegemise põhimõtte alusel rakendatava eestkoste erinevus seisneb selles, et viimases on kesksel kohal puudega inimene (Series ja Nilsson 2019), see on paindlik ja lähtub inimese vajadustest.

Riigid ei ole kiirustanud asendatud otsuste tegemise põhimõttel üles ehitatud süsteemist loobumisega, sest õigusküsimused on keerulised. Artikli 12 rakendamist on kritiseeritud ka teaduskirjanduses. Näiteks Bartletti (2012) sõnul ei paku see alternatiivseid meetodeid, et hinnata, kuidas ja millist abi on inimesel vaja, ega arvesta olukordi, kui isik loobub abist, mida ta objektiivselt vajab.

Toetatud otsuste tegemise teoreetiline käsitus toetub peamiselt enesemääramisõiguse ja autonoomia teooriatele (Zhang 2019). Need rõhutavad, et inimese sisemistest ressurssidest tulenevalt on kõigil olemas eneseregulatsioon enda kaitsmiseks ja autonoomselt teeb inimene otsuseid oma parimates huvides. Enesemääramisõiguse teooria järgi on võimalus ise otsustada üks peamisi psühholoogilisi vajadusi ning inimese arengu, enesehinnangu ja heaolu alus (Schutte ja Malouff 2019). Ryan ja Deci (2000) rõhutavad inimese sisemiste jõuvarude tähtsust ja mõju arengule ning käitumisele. Ka erivajaduse sotsiaalne mudel kinnitab, et erivajadusega inimestel on võimekus otsuseid langetada, kui on saadaval keskkonna pakutav tõhus ja individuaalne tugi.

Uurimisküsimused ja meetodika

Eesti eeskostesüsteemi, mis lähtub asendatud otsuste tegemise põhimõttest, on kritiseeritud kui inimõigusi piiravat, sest inimesed ei osale ise oma eluga seotud otsuste langetamisel. Uurimistöö eesmärk oli selgitada, kuidas tõlgendavad süsteemis töötavad

Eesti praktikud psüühilise erivajadusega inimeste osalust oma eestkoste seadmisel ja rakendamisel nende enda eluga seotud otsuste juures ning mida oleks vaja muuta. Uurimisküsimused olid järgmised.

1. Kuidas võimaldavad eestkoste ülesandeid täitvad kohalike omavalitsuste sotsiaaltöötajad eestkoste all olevatel psüühilise erivajadusega inimestel kaasa rääkida enda ellu puutuvates otsustes ja ise otsuseid langetada?
2. Kuidas tõlgendavad erihoolekandetasutuse töötajad psüühilise erivajadusega inimese võimalusi eestkostja toel kaasa rääkida oma ellu puutuvates otsustes ja ise otsuseid langetada?
3. Kuidas tõlgendavad maakohtu kohtunikud psüühilise erivajadusega inimese võimalusi eestkoste seadmise või pikendamise menetluses kaasa rääkida ja ise otsuseid langetada?
4. Milliseid alternatiivseid lahendusi näevad osalised Eesti eestkostesüsteemi muutmiseks?

Valimi moodustasid viis inimest igast siht-rühmast, kokku osales uuringus 15 inimest. Uuringus osalesid kolme maakohtu kohtunikud, Eesti kolme erihoolekandetasutuse töötajad ning viie eri asukoha ja suurusega omavalitsuse sotsiaaltöötajad, kes täidavad eestkosteülesandeid. Uurimisküsimustele vastuse saamiseks kasutasin töös kvalitatiivset meetodit, korraldades kõigi osalistega poolstruktureeritud intervjuud ning analüüsisin neid kvalitatiivse andmeanalüüsi põhimõtetel.

Eestkoste kui formaalne asjaajamine

Uuringust selgus, et kohalike omavalitsuste eestkosteülesandeid täitvad sotsiaaltöötajad aitavad psüühilise erivajadusega inimestel

iseseisvalt otsuseid langetada (nt elukoha, tervishoiu või rahakasutuse küsimustes) rohkem, kui eestkostja elab eestkostetavale lähedal ja kui inimene suudab kaasa mõelda. Peamiselt takistas eestkostjaid eestkostetavate elus rohkem osalemast suur vahemaa ja asjaajamise koormus. Uuringust ilmnes, et osalised tõlgendasid eestkostet valdavalt kui asjaajamist eestkostetava eest, s.t panga-toiminguid, dokumentidega tegelemist ja toetuste taotlemist, kõige enam tõusis esile varaliste toimingute tegemine.

Otsustusvõime on ajas muutuv ja seotud konkreetsete otsustusküsimustega.

Erihoolekandeteenuse osutajad tõid välja, et enamik kliente ei tunne oma eestkostjaid (v.a kui tegemist on lähedasega ja eestkostja on füüsiline, mitte juriidiline isik), millest võib järeldada, et psüühilise erivajadusega inimese jaoks võib eestkoste tähendus jääda mõistmatuks. Asutuste töötajad tõid välja, et peamised küsimused, mida eestkostjad eestkostetavatega otse või erihoolekandetasutuse töötaja vahendusel arutasid, olid seotud eestkostetavate rahakasutusega.

Eestkostesüsteemi peamise probleemidena nimetasid sotsiaaltöötajad seda, et väga paljud eestkostetavad elavad Eesti teises piirkonnas ja neil puudub side kohaga, kus neil on olnud sissekirjutus ja selle järgi seatud eestkoste. Isikliku suhtluse puudumine muudab omakorda aga personaalse toe ja abistamise mis tahes eluliste otsuste tegemisel võimatuks. Kõigil eestkostjatel oli eestkostetavaid väga erinevates Eesti piirkondades. Samuti toodi välja suurt töökoormust ja suurt eestkostetavate arvu. Ka kohtunikud tõid välja, et formaalne pool on kohalikel omavalitsustel hästi korraldatud ja toimiv, ent isiklikuks ja vahetuks

kontaktiks eeskostetavaga ning eeskostjana inimese heaolu eest hoolitsemiseks puuduvad vahendid ja sageli ka võimalus suure vahemaa tõttu. Suhted eeskostetavatega olenesid kõigi sotsiaaltöötajate hinnangul sellest, kas klient elas kodus ja sotsiaaltöötaja tööpiirkonnas või viibis erihoolekandeteenusel. Nende klientidega, kes elavad erihoolekandeteenusel, olid suhted selgelt kaugemad. Tulemused aga näitasid, et eeskoste sisu on praegu üldjoontes üksnes formaalne asjaajamine, eeskostjatel puuduvad eeskostetavatega isiklikud kontaktid või on need minimaalsed.

Inimese võimalused ise valida ja otsuseid langetada

Uuringust selgus, et kõik osalised hindasid eeskoste all olevate psüühilise erivajadusega inimeste võimalusi oma eluga seotud otsuseid langetada olematuks või minimaalseks tulenevalt nende diagnoosist ja arusaamisvõimest. Peamiselt seostati eeskoste vajadust sellega, et piirata inimesele endale kahjulike finantsotsuste tegemist. Kuigi mõõndi, et eeskostet võiks määrata väiksemas ulatuses ja mitte alati kõigi asjade korraldamiseks, ei kaheldud eeskoste vajaduses. Eeskosteotsuseid nimetasid mitmed erihoolekandeteenuse osutajad siiski liiga standardseteks ja leidsid, et praktikas on tavapärane, et kui eeskoste on seatud viieks aastaks ja kõigi asjade korraldamiseks, siis nii see jääb ning uuesti seda ei hinnata. Samuti pidasid nii sotsiaaltöötajad kui ka asutuste töötajad kohtumääruisi liiga piiravaks. Eelkõige peeti piiravaks kasutatava taskuraha summat, valimisõiguse äravõtmist või keeldu teha pisitehinguid, mida eeskoste all olev isik võib teha eeskostja nõusolekuta ja mille kohta ei nõua kohus eeskostja aruannet. Nende tehingute problemaatilisus ilmnes ka kohtunike intervjuudes: nad märkisid,

et selle määramine või mittemääramine, samuti summa piiri määramine on nende jaoks üsna keeruline, sest neil puuduvad selged hindamiskriteeriumid.

Praktikute tõlgendustele tuginedes võib seega väita, et autonoomia ehk inimese võimalus oma ellu puutuvates küsimustes sõltumatuid valikuid teha on praeguses eeskostesüsteemis piiratud. Siiski möönsid nii kohtunikud, kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajad kui ka erihoolekandetasutuse töötajad, et kohtupraktika on Eestis tasapisi muutumas ja üha vähem tuleb ette kõik-või-mitte-midagi käsitlust, s.t eeskoste seadmine ei tähenda enam alati kõigi õiguste piiramist maksimaalseks ajaks.

Eeskoste sisu on praegu üldjoontes üksnes formaalne asjaajamine, eeskostjatel puuduvad eeskostetavatega isiklikud kontaktid või on need minimaalsed.

Lähtudes sotsiaalsest mudelist, mille kohaselt võib psüühilise erivajadusega inimesel olla võimekus ise otsuseid langetada, kui selleks pakutakse vastavat tuge ja keskkond seda soodustab (Shogren ja Wehmeyer 2015), saab uurimustulemustele tuginedes aga järeldada, et Eesti eeskostesüsteem praegu seda tuge psüühilise erivajadusega inimestele alati ei paku.

Sotsiaalne või meditsiiniline mudel Eesti eeskostesüsteemis

Sotsiaalses mudelis, mis peegeldab inim- ja kodanikuõiguste paradigmat, on kesksel kohal küsimus, millist toetust inimene vajab, et tal oleks võimalik oma igapäevaelus otsuseid langetada. Osaliste tõlgendustele tuginedes võib välja tuua, et praeguses eeskostesüsteemis

ei hinnata niivõrd inimese abivajadust, vaid pigem seda, milline on tema terviseseisundist tulenev võimekus oma tegudest aru saada ja neid juhtida ning milline on tõenäosus, et ta võib teha ennast kahjustavaid otsuseid.

Eestkoste seadmises osalejad leidsid, et kohtupsühhiaatriline ekspertiis on üks peamisi aluseid, millele tuginedes eestkoste seatakse.

Praktikute tõlgendustes kerkis vastuoluliseks küsimus sellest, kelle hinnangule peaks eestkoste seadmisel tuginema. Kohus ootab sisendit kohtuekspertiisilt ja kohalikult omavalitsuselt, kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajate tõlgenduste järgi on eestkoste seadmine kohtu ülesanne ja kohtumäärus nende peamine töödokument, eestkoste seadmisel on aga oluline varasem taustinfo ja eeskätt kohtupsühhiaatriline ekspertiis. Seega leidsid eestkoste seadmises osalejad, et kohtupsühhiaatriline ekspertiis on üks peamisi aluseid, millele tuginedes eestkoste seatakse.

Siinkohal ei saa väita, et kohtunikud ei hinda kõiki asjaolusid, mis menetluses esile kerkivad, kuid nii kohtunike kui ka sotsiaaltöötajate tõlgendustest ilmnes, et kohtupsühhiaatrilise ekspertiisi hinnang inimese võimekusele on peamisi tõendeid, millest kohtunik eestkoste tingimuste seadmisel lähtub. Selle põhjus on, et kohtunikul ega kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajal ei ole eksperditeadmisi inimese haigusseisundist, mistõttu nad ei saa anda objektiivset hinnangut inimese vaimse võimekuse kohta.

Spetsialistide tõlgendused võimaldavad seega järeldada, et töös psüühilise erivajadusega inimestega on väga suur kaal terviseandmetel. Täieliku eestkoste alla paigutamisel on peamine kriteerium inimese vaimne võimekus

ja terviseseisundist tulenevalt suutmatus otsuseid langetada, vähemal määral peetakse oluliseks keskkonnategureid, millist abi või tuge võiks inimene eestkoste asemel vajada. Uurimuses osalejad tõid välja ka kohtuekspertiiside pealiskaudsuse: kohtuekspertiisist oodatakse põhjalikumalt selgitust, millega inimene on võimeline toime tulema ja mida ei suuda teha.

Varasemad uuringud on näidanud, et otsustusvõime on situatsioonispetsiifiline ja üksnes meditsiinilisele diagnoosile tuginedes ei saa eeldada otsustusvõime häiret (McSwiggan jt 2015). Seega tuleks eestkoste seadmisel töötada välja teaduspõhised hindamismeetmed ja -kriteeriumid, mis võimaldaksid hinnata inimese otsustusvõimet võimalikult objektiivselt, et tema õigusi eestkoste seadmisel piirataks vaid hädavajalikul määral. Shogren ja Wehmeyeri (2019) järgi defineerib meditsiiniline mudel inimesi nende puude alusel, see tähendab, et puue tuleneb teatud funktsioonide vähenemisest, mille on põhjustanud haigus. Peamiselt inimese terviseseisundist lähtumine eestkoste seadmisel liigitabki Eesti süsteemi pigem meditsiinilise mudeli alla. Erivajaduse sotsiaalne mudel, millele tugineb ka toetatud otsuste tegemise süsteem, seab keskme inimese isiklikust võimekusest kaugemale. Sotsiaalse mudeli järgi on ühiskonna ülesanne kindlustada sotsiaalne kaasatus ehk võimaldada kõigil osaleda oma puudustest olenemata. (Arstein-Kerslake jt 2017). Kui eestkostekorral on inimese õigus oma ellu puutuvates otsustes osaleda piiratud, tuleb luua seda toetavad võimalused ja kord.

Kas toetatud otsuste tegemine on eestkoste alternatiiv?

Uuringust ilmnes, et enamik osalisi ei näinud eestkoste alternatiive, väljendades arvamust, et inimese huve ei ole võimalik kaitsta ilma eestkosteta. Küll aga mõnsid

kõik, et praeguses süsteemis on eestkoste all liiga palju inimesi ja selle vajaduse hindamine tuleks rohkem läbi kaaluda. Vaatamata sellele, et ükski osaline ei toonud välja Eesti eestkostesüsteemi reformimise pakilist vajadust või üleminekut toetatud otsuste tegemisele, hinnati tugisüsteemide tähtsust erivajadusega inimese toetamisel suureks. Sellest võib järeldada, et siiski ollakse valmis mõtlema, mis suunas Eesti eestkostekorraldus peaks liikuma. Osalised kinnitasid, et kliendile oleks parim elada kodus või kogukonnas, kus oleks vajalik tugi ja abi.

Eestkoste eesmärk on kaitsta psüühilise erivajadusega inimest. Üleminek toetatud otsuste tegemisele ei pea automaatselt tähendama eestkostest loobumist. Ka Salzaman (2010) kinnitab, et asendatud otsuste tegemine kui haavatavate või vaimse puudega kodanike kaitsmisviis on täielikult kooskõlas end ajalooliselt õigustanud *parens patriae* praktikaga kaitsta vähemvõimekaid. Eestkoste rahuldab nende inimeste vajadusi, kes ei suuda oma isiklikke ja varaga seotud asju ise korraldada.

Kuidas rajada eestkostesüsteem, millel oleks inimesele positiivne mõju?

ÜRO soovitus minna asendatud otsuse tegemise põhimõttel korraldatud süsteemilt üle toetatud otsuste tegemisele ei tähenda seega õiguslike meetmete kaotamist inimese vara kaitseks. Tähtis aga on, kuidas eestkoste seda abi pakub, ja milline on selle mõju inimesele.

Otsuste langetamise õiguse kaotamisel on negatiivne mõju inimese funktsionaalsetele võimetele ja üldisele heaolule ning see mõjub isoleerivalt (Salzman 2010). Küsimus on seega, kuidas rajada eestkostesüsteem, millel oleks inimesele positiivne mõju, mis parandaks tema heaolu ja suurendaks autonoomiat, mitte

ei isoleeriks teda viie aasta kaupa ühiskonnast, piirates tema võimalusi oma põhi- ja kodanikuõigusi teostada.

Pigem tuleks välja töötada korraldus, mille skaala ühes otsas on asendatud otsuste tegemise võimalus juhtuks, kui seda on tõesti vaja, ja teises otsas on inimese autonoomne otsustamine. Nende vahepeal oleks toetatud otsustamine, kus saaks õiguslikult reguleerida konkreetseid ja spetsiifilisi otsustusküsimusi näiteks esindusõiguse kaudu.

Peamised järeldused

Uuringu tulemustest selgus, et praegu ei ole Eestis eestkoste all olevatel psüühilise erivajadusega inimestel piisavalt võimalusi koos eestkostjaga oma eluga seotud otsustes kaasa rääkida ega otsuseid langetada. Otsustusprotsessis osalemine ei ole sisukas ja jääb pigem formaalseks. Seega piirab praegune eestkostekorraldus psüühilise erivajadusega inimeste inimõigusi ega taga neile maksimaalset iseseisvust, mis rahvusvahelises õiguses on erivajadustega inimeste õiguste kaitse keskmes. Praktikud mõõnsid, et eestkoste on seotud liiga suures mahus ja tuleks täpsemalt hinnata, kellele seda vaja on. Võimaluse korral tuleks eestkoste seadmist vältida, pakkudes inimesele tõhusamat tuge sotsiaalvaldkonna tugiteenuste kaudu. Järelikult ollakse valmis muutma eestkoste institutsiooni nii, et see lähtuks rohkem erivajaduse sotsiaalsest mudelist, oleks suunatud keskkonnast tulevale toetusele, kuid arvestaks ka inimese eripära ja vajadusi.

Poliitikasoovitused

- **Eestkostja töökoormus ja vahemaa.** Hinnata, mitme kliendi korral on ühel eestkostesüsteemil täitval sotsiaaltöötajal võimetekohane eestkoste ülesanded täita nii, et säiliks isiklik kontakt

kõigi eestkostetavatega, sh nendega, kes elavad omavalitsuse piiridest väljas. Ühtlasi tuleks kindlaks määrata, milline oleks eestkostetavate täitmise koormus, kui ülesandeid hakkaks täitma omavalitsus, mille territooriumil inimene erihoolekandeteenusel viibib.

- **Kohtuekspertiisid.** Kohtupsühhaatriliste ekspertiiside taseme ühtlustamine. Praktikud ootavad suuremat süüvimist ja teaduspõhist käsitlust, mis selgitaks üheselt, millega psüühilise erivajadusega inimene oma diagnoosist tulenevalt hakkama saab ja mis on igapäevaelus takistatud.
- **Hindamisvahendid.** Töötada kohtutele eestkoste seadmisel välja kindlad teaduspõhised hindamisvahendid

ja -kriteeriumid, mis võimaldaksid hinnata inimese otsustusvõimet spetsiifilisemalt.

- **Tugiteenused.** Kindlaks teha praeguse sotsiaalsüsteemi, sh erihoolekande võimekus suurendada tugiteenuste pakkumist, et tagada kõigile psüühilise erivajadusega inimestele selline tugi ja abi, mille korral eestkoste seadmine jääks viimaseks võimaluseks.
- **Alternatiivsed õiguslikud võimalused.** Analüüsida eestkoste alternatiive (nt määratud tugiisikud, tugiisiku volitused, puuetega inimeste organisatsioonide õigused) lähtudes eeskätt erivajadusega inimeste õigusest olla alati kaasatud ning võimaluse korral langetada autonoomseid otsuseid oma eluga seotud küsimustes. 

Viidatud allikad

- Arstein-Kerslake, A, Watson, J, Browning, M, Martinis, J, Blank, P. (2017). Future direction in supported decision making. *Disability studies quarterly*, 37(1).
<http://dro.deakin.edu.au/eserv/DU:30091967/watson-futuredirectionsin2017.pdf> (22.05.2021).
- Bartlett, P., Lewis, O., Thorold, O. (2007). Mental Disability and the European Convention of Human Rights. Leiden: Martinus Nijhof.
- Bartlett, P. (2012). The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Mental Health Law. *The Modern Law Review*, 75(5), 752–778.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1468-2230.2012.00923.x> (30.04.2021).
- Browning, M., Bigby, C., Douglas, J. M. (2014). Supported Decision Making: Understanding How its Conceptual Link to Legal Capacity is Influencing the Development of Practice. *Research and Practice in Intellectual and Developmental Disabilities* 1(1), 34–45.
doi:101080/232970182014902726
- Cassteven, W. J. (2010). Social Work Education on Mental Health: Postmodern Discourse and the Medical Model. *Journal of Teaching in Social Work*, 30(4), 385–398.
- Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2014). General comment on Article 12: Equal recognition before the law. https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/1&Lang=en (20.05.2021).
- Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2021). Concluding observations on the initial report of Estonia-Advance Unedited Version.
https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en&TreatyID=4&DocTypeID=5 (20.05.2021).

- Davidson, G., Brophy, L., Campbell, J., Farrell, S. J., Gooding, P., & O'Brien, A.-M.** (2016). An international comparison of legal frameworks for supported and substitute decisionmaking in mental health services. *International Journal of Law and Psychiatry*, 44, 30–40. doi: 10.1016/j.ijlp.2015.08.029
- Gordon, J. S., Pöder, J. C., Burckhart, H.** (2017). *Human Rights and Disability: Interdisciplinary Perspectives*. New York: Routledge.
- Jeste, D. V., Saks, E.** (2006). Decisional capacity in mental illness and substance use disorders: Empirical database and policy implications. *Behavioral Sciences & the Law*, 24(4), 607–628. https://heinonline.org/HOL/Page?handle=hein.journals/bsclw24&div=48&g_sent=1&cas (24.05.2021).
- Lawson, A., Priestley, M.** (2017). The Social Model of Disability. Teoses: Blank, P., Flynn, E. (toim.). *Questions for law and legal Scholarship? Routledge Handbook of Disability Law and Human Rights* (3–15). London, New York: Routledge.
- McSwiggan, S., Meares, S., Porter, M.** (2015). Decision-making capacity evaluation in adult guardianship: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 3, 373. doi: DOI: 10.1017/S1041610215001490
- Ryan, R. M., Deci, E. L.** (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68–78. doi:10.1037/0003-066X.55.1.68
- Series, S., Nilsson, A.** (2019) Article 12 CRPD: Equal Recognition before the Law. Teoses: Bantekas, I., Stein, M. A., Anastasiou, D. (toim.). *The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. A Commentary. Oxford Commentaries on International Law*. www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539188/ (15.05.2021).
- Salzman, L.** (2010). Rethinking Guardianship (Again): Substituted Decision Making as a Violation of the Integration Mandate of Title II of the Americans With Disabilities Act. Working Paper No. 282. www.supporteddecisionmaking.org/sites/default/files/rethinking_guardianship_again.pdf (20.11.2020).
- Shogren, K. A., Wehmeyer, M. L., Martinis, J., Blanck, P.** (2019). *Supported Decision making. Theory, Research and Practice to Enhance Self-Determination and Quality of Life*. Cambridge University Press.
- Shogren, K. A., Wehmeyer, M. L.** (2015). A Framework for Research and Intervention Design in Supported Decision-Making. *Inclusion*, 3(1), 17–23.
- Stein, M. A.** (2007). *Disability human rights*. Faculty Publications: College of William & Mary Law School. <https://scholarship.law.wm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1285&context=facpubs> (24.05.2021).
- ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsiooni täitmise variraport** (2019). Eesti puuetega inimeste koda. www.epikoda.ee/wpcontent/uploads/2019/04/Variraport-%C3%9CRO-le-est-keeles-08.04.2019-EPIKoda.docx (22.11.2020).
- Werner, S., Chabany, R.** (2016). Guardianship law versus supported decision-making policies: Perceptions of persons with intellectual or psychiatric disabilities and parents. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 86(5), 486–499. doi:10.1037/ort0000125

Lastekaitsetöötaja vajab süvendatud teadmisi perevägivallast, et osata lapsi võõrandamise eest paremini kaitsta



Kaire Talviste, MA

kliiniline gestaltpsühhoterapeut, koolitaja ja raamatute autor

KOKKUVÖTE

Vanemast võõrandamine on kompleksne psühholoogilise väärkohtlemise vorm, mille käigus üks vanem käitub pikema aja jooksul agressiivselt ja manipuleerivalt, et kahjustada ning hävitada lapse ja teise vanema suhet.

Magistritöös¹ keskendusin lastekaitsetöötajate kokkupuudetele ja kogemustele selliste juhtumitega, kus üks lapsevanematest on lahkuminekü järel hakanud kasutama manipulatsioone ja last relvana teise vanema vastu, mis võib raskemate juhtude korral viia lapse võõrandumiseni. Uurisin ka seda, kuidas saaks lapsi võõrandamise taktikate eest paremini kaitsta.

Uurimuse põhijäreldustena ilmes, et lastekaitsetöötajad puutuvad selliste juhtumitega sagedasti kokku, ent laste abistamisel on mitmeid takistusi. Võõrandamist ei tunta kohe ära, selleks pole ka teoreetilisi teadmisi. Ühtlasi on lastekaitsetöötajates juurdunud uskumus oma jõuetusest lapsi sellises olukorras kaitsta. Spetsialiste mõjutavad ka neutraalsuse illusioon ja soostereotüübid. Lastekaitsespetsialistidel on vaja eriteadmisi, teadlikkust iseendas toimuvast ja ka tõhusamat kaitset vägivaldselt käituva vanema eest.

MÄRKSÕNAD

Lapse võõrandamine vanemast, lapse vaimne väärkohtlemine, perevägivald, konfliktne lahkuminek, hooldusõigusvaidlus

¹ Tallinna Ülikooli ÜTIs kaitsstud magistritöö „Lapse häälestamine oma vanema vastu on lapse pööramine iseenda vastu“. Lastekaitsetöötajate kogemused lahkuminekujärgselt laste võõrandamise ning kaitsmisega perevägivalla eest“, juhendaja Mariann Märtsin, PhD.

Üleilmselt on vanemast võõrandamist laialdaselt ja põhjalikult käsitletud aastakümneid. Psühhiaatrikirjanduses on vanemast võõrandamist kirjeldatud vähemalt 70 aastat, psüühikahäirete diagnostilises ja statistilises käsiraamatus DSM-V on see vägivallavorm tähistatud järgmiselt: vanemate suhtestressist mõjutatud laps; lapse-vanema suhte probleem; lapse psühholoogiline väärkohtlemine (Bernet 2010; Bernet jt 2018).

Eestis pole nimetatud teema aga märkimisväärtset tähelepanu ega kajastust leidnud. Puuduvad uuringud, analüüsid, arutelud, artiklid² ja erialakirjandus. Seda ei käsitleta ka perevägivallakoolitustel ega lastekaitsetöötajate õppekavades. Lastekaitsepspecialistid kasutavad kohtute jaoks kujundatud seisukohtades küll võõrandamise mõistet, ent on ebaselge, millistele teadmistele või teoreetilisele käsitustele nad seda tehes toetuvad.

Sellest tulenevalt oli minu magistritöö eesmärk avada värav uuringutele ja saada teavet, millised on Eesti lastekaitsetöötajate kokkupuuted perevägivalla selle vormiga. Eesmärk oli ka uurida, milliseid raskusi või tõkkeid kogevad lastekaitsetöötajad selle kompleksse fenomeni korral, et kujundada arusaam, millist tuge nad vajavad laste tõhusamaks kaitsmiseks vanema psühholoogilise vägivalla eest.

Teoreetilised lähtekohad

Vanemast võõrandamine (ingl *parental alienation*) on kompleksne psühholoogilise väärkohtlemise vorm, mille käigus üks vanem käitub pikka aega agressiivselt ja manipuleerivalt, et kahjustada ja hävitada lapse ning teise vanema suhet. Tema eesmärk on nõnda haavata teist vanemat

(Harman jt 2018; Jaffe jt 2017), sest too julges ta maha jätta.

Vanemast võõrandamist esineb põhiliselt laste hooldusõiguse, elatistraha maksmise või suhtluskorra määramisega seotud juhtudel (Liivamägi-Hitrov ja Kask 2016). Uurimused on seostanud võõrandamist väga konfliktsete lahkuminekutega (Kruk 2010) ja ka lähisuhtevägivallaga (Poustie jt 2018), kui väärkohtlev partner jätkab pärast lahkuminekut vägivallatsemist ning kontrolli, kasutades selleks last (Kelly ja Johnson 2008). Näiteks on leitud, et vägivaldsed mehed õonestavad teadlikult ema-lapse suhet ja ema vanemlikku autoriteeti (Dalton jt 2006).

Vanemast võõrandumise tagajärjel tekib lapsel tugev liit ühe vanemaga, kellest saab eelistatud vanem, ja tõugatakse ära suhe teise vanemaga, ilma et lapsel endal oleks selleks põhjust (Bernet jt 2018).

Uurimustes on võõrandamist seostatud väga konfliktsete lahkuminekutega ja ka lähisuhtevägivallaga.

Võõrandamise tunnus on see, kui laps väljendab vastumeelsust vanema vastu, kellega tal oli varem hea või normaalne suhe. Isegi kui vanem on eksinud või lapsega valesti käitunud, on võõrandumise ilming just see, et lapse tõrjuv käitumine on ebaproportsionaalne reaktsioon vanema väidetavale valesammule (Warshak 2020). Seega on võõrandamisel oluline täheldada, kas lapsel on varem olnud hea või rahuldav suhe äratõugatud vanemaga (Friedlander ja Walters 2010) ning seda, et lapsel pole head põhjust, mis oleks võinud kõnealust suhet kahjustada

² 2021. a novembris (pärast magistritöö kaitsmist) ilmus ajakirjas Märka Last vandeadvokaat Katrin Orava artikkel „Millised on lapsest lahuselava vanema võimalused olukorras, kus lapsega kooselav vanem on otsustanud lapse temast võõrandada?“, mis keskendub võõrandamise õiguslikele probleemidele – toim.

(Reay 2015). Märkimisväärne hulk artikleid eristab lapse võõrandamist vanemast (ingl *alienation*) ning võõristumist (ingl *estrangement*). Võõristumine ilmneb siis, kui laps hülgab vanema väärkohtlemise või hooletusjätmise tõttu (Garber 2011; Reay 2015) ehk lapse soovimatus vanemaga suhelda on põhjendatud.

Võõrandav vanem kasutab mitmesuguseid võtteid, et kahjustada lapse ja teise vanema suhet (Balmer jt 2017). Selle tegevuse kohta on kasutatud termineid nagu „lapse programmeerimine“, „mõistuse mürgitamine“, „aju pesu“ ja „teise vanema vastu negatiivsete mõtete sisendamine“, et pöörata last teise vanema vastu. On leitud, et võõrandav vanem kasutab sarnaseid emotsionaalse manipuleerimise võtteid nagu kultusjuhid, et õonestada lapse kriitilist mõtlemist (Baker 2007), mis võiks panna last võõrandaja väidetes kahtlema. Nõnda käituvad vanemad kultiveerivad sõltuvussuhteid, mis saavutatakse psühholoogilise kontrolli ja manipuleerimisega (Baker ja Ben-Ami 2011).

Ekstreemsetel juhtudel esitatakse teise vanema kohta ka ametkondadele valekaebusi lapse füüsilise või seksuaalse väärkohtlemise või hooletusse jätmise kohta. Vanem võib kasutada lapse lojaalsust, hirme ja usaldust nii armutult ja nutikalt ära, et laps selle all lõpuks murdub (Waldron ja Joanis 1996).

Võõrandamise psühholoogine vundament ja lapse väärkohtlemise alustala on vanema empaatia puudus ning võimetus aktsepteerida lapse vajadusi ja tajusid (Baker ja Ben-Ami 2011). Võõrandaval vanemal on tihti endal spetsiifilised psühholoogilised probleemid, näiteks nartsissistlik ja piirialane isiksusehäire, traumaatiline lapsepõlvkogemus või paranoiilised jooned (Bernet 2010).

Kui ajalooliselt ja ka meedias on rohkem tähelepanu pööratud juhtumitele, kus võõrandavaks lapsevanemaks on ema, siis

mitmes teadustöös on leitud, et võõrandav vanem võib olla nii laste hooldusõiguslik ema kui ka isa, kuid ka vanem, kellega lapsed koos ei ela (Drozd ja Olesen 2004; Johnston jt 2005; Lowenstein 2013; Warshak 2015). Emad kogevad oluliselt rohkem võõrandavat taktikat ning alavääristamist kui isad, millest järeldub, et isad on emade autoriteedi nõrgestamisel agressiivsemad (Balmer jt 2017).

Seega on võõrandamine lapse tõsine vaimne väärkohtlemine, millel on nii lühikui ka pikaajalised tagajärjed kergest stressist psühhopaatoloogi (Baker 2005) välja.

Tõrjutud vanemale on lapse temast võõrandumine raske trauma, mida on võrreldud lapse surmaga, ent selle erinevusega, et puudub lõpetatuse tunne.

Lapseeas vanemast võõrandatud täiskasvanute seas korraldatud uuringus selgus hulk probleeme madalast enesehinnangust enesevihkamiseni. Neil esines märkimisväärsed depressiooni episoodid (70% küsitletutest), kolmandikul olid probleemid narkootikumide ja/või alkoholiga ning neid ühendas vähene usaldus teiste ja ka enda vastu. Pooled uurigus osalejad olid ka oma lastest võõrdunud ja nende lahutuste määr oli kõrge (Baker 2005). Sellest tulenevalt väidavad Baker ja Ben-Ami (2011, 485), et lapse häälestamine oma vanema vastu on lapse pööramine iseenda vastu.

Tõrjutud vanemale on lapse temast võõrandumine raske trauma, mida on võrreldud lapse surmaga, ent selle erinevusega, et puudub lõpetatuse tunne. Samuti puudub toetus ja mõistmine sõpradelt ning lähedastelt, mis tavaliselt saab leina korral inimesele osaks (Baker ja Sauber 2013). Võõrandatud vanemad on kirjeldanud, kuidas nad leinavad oma elusat last, mida nimetatakse ka ambivalentseks

kaotuseks, mistõttu on nad teinud korduvaidsuitsiidikatseid (Lee-Maturana jt 2020).

Uurimuse eesmärk ja meetodika ning uurija refleksiivsus

Magistritöö tegemisel rakendasin kvalitatiivset uurimisviisi, andmete tõlgendamisel lähtusin sotsiaalkonstruktivistlikust paradigmast, mille kohaselt pole ühtset reaalsust, tõde ega üldist objektiivset sotsiaalset tegelikkust. Tegin Eesti nii linna- kui ka maapiirkondadest kaheksa spetsialistiga poolstruktureeritud intervjuud Zoomi keskkonnas. Lähtudes eeldusest, et võõrandamise termin pole kõigile üheselt mõistetav, juhatasin intervjuu sisse vinjettidega ehk väljamõeldud kaheosalise lühilooga, et luua kõigile osalistele sama kontekst (Rizvi 2019). Andmeanalüüsi meetodina kasutasin temaatilist analüüsi ja temaatilist kodeerimist, et identifitseerida korduvaids mustreid (teemasid) ning leida ilmnevate aspektide tähendusi ja seoseid.

Mida hiljem võõrandamist märgatakse, seda keerulisem on lapsi selle eest kaitsta.

Töötan psühhoterapeudina ning minu klientide hulgas on palju lähisuhtevägivalla ohvreid ja nende lapsi. Olen töötanud ka võõrandamise ohvriks langenud laste emotsioonidega ning tean, millist mõju avaldab see nende psüühikale; olen toetanud vanemaid, kes on kaotanud võõrandamise tõttu kontakti oma lastega. Uurimust tehes olin teadlik põhitööst tulenevast tundlikkusest seotud teemaga. Teadvustasin kahe eri rolli lahushoidmise olulisust ning hoolitsesin selle eest, et minu arvamused ei hakkaks suunama järeldusi ning tõlgendusi.

Magistritöö eesmärk oli uurida võõran-

damisilminguid Eestis lastekaitsetöötajate kogemuste kaudu, et saada teavet, milliseid väljakutseid nad seoses sellega laste aitamisega kogevad, ning uurida, milline on lastekaitsetöötajate endi abivajadus. Minu töö on kantud soovist suurendada spetsialistide teadlikkust võõrandamisest.

Uurimistulemused

Vinjettides kirjeldasin, kuidas isa rakendas pärast lahkuminekut võõrandamistaktikat ja manipuleeris, ning selle peegeldust laste käitumises (esimeses vinjettis oli isa ja teises ema kirjeldus olukorrast). Kõik uuringus osalenud lastekaitsetöötajad tundsid pärast loo kuulamist ära nende töös sageli esinevad olukorrad. Kuuldot kommenteeriti sõnadega „tüüpiline“, „igapäevane“, „ühe juhtumiga peaaegu et üks-ühele“. Lastekaitsetöötajad märkasid manipuleerivat käitumist, kuid vastuolulisena jäi silma nende hoiak, et vinjettides esitletud isa ei kujuta endast lastele ohtu. Sellest võib järeldada, et võõrandamise esimesi ilminguid ei suudetud ära tunda.

Mitu lastekaitsetöötajat tunnistasid, et neil on olnud oma töös raskusi võõrandamise äratundmisega ning nad on sellest aimu saanud alles aasta(id) hiljem. Vaid üks intervjuueeritavatest teadis võõrandava käitumise tunnuseid sel määral, et see juhtumi alguses ära tunda. Mida hiljem aga võõrandamist märgatakse, seda keerulisem on lapsi selle eest kaitsta. Teadmised või õigemini nende puudumine mõjutasid selgelt spetsialistide edasisi samme laste abistamisel.

Neutraalsuse illusioon

Lastekaitsetöötajad rõhutasid korduvalt oma neutraalsust suhetes vanematega. Nad kinnitasid, et ei vali pooli, sest nemand on „tööle võetud laste kaitsmiseks“ ja lähtuvad seega alati „laste huvidest ning heaolust“. Liigne püüd neutraalseks jääda võib aga kaasa tuua selle, et

vastutus võõrandava käitumise eest jaotatakse mõlemale vanemale ehk osalisi nähakse võrdselt süüdiolena. Intervjueritavate kõnepruugis taanduski psühholoogiline vägivald „näakklemiseks“, kus ohvrit ning vägivaldset nähti võrdsetena. Näiteks öeldi, et vanemad on hakanud oma laste pärast „kaklema“ ja kahjustavad seega ühiselt laste heaolu. Leiti, et „mõlemad vanemad traumeerivad last vastastikku“ ja „mõlemad on võimupositsiooni hoidjad, kes teevad oma lapse katki“.

Lastekaitsetöötajad vajavad kindlasti kaitset ja oma struktuuriüksuste toetust, et keerulisel maastikul töötades hoida oma vaimset tervist.

Neutraalsuse deklaratiivsus ilmnes ka selles, et manipuleerimist projitseeriti eelkõige naistele, meeste rolli selles alahinnati või ei märgatudki. Leiti, et „vaimset või psühholoogilist vägivalda kasutavad rohkem naised; naised on verbaalselt väga osavad ning suudavad vahel viia mehi nii kaugele, et nood lähevad endast välja“. Vägivaldsohvritest naistele peeti omaseks passiivsus, mis väljendus selles, et nad ei keela lapsel isa juurde minna, kuigi ka ei toeta seda.

Emadele omistatud ülekaalukas roll võõrandajana pole aga kooskõlas lastekaitsetöötajate endi näidetega, kus enamasti olid võõrandajateks isad. Samuti on siin vastuolu kriminaalstatistikaga, mille järgi on perevägivald „naistevastase vägivalda nagu“: toimepanijatest 85% on mehed ja ohvritest 81% naised (Kriminaalpoliitika 2019).

Kuigi lastekaitsetöötajad väitsid, et nad ei vali pooli, ilmnes nende hoiakutest isade eelistamist ja püüid isade käitumist ning tundeid mõista ja õigustada. Intervjueritavad uskusid,

et tegelikult isad ikkagi hoolivad oma lastest, isegi kui käituvad nendega väga halvasti³. Üks lastekaitsetöötaja ütles, et nemad nimetavadki oma osakonnas end „isade kaitsjateks“, mida oli näha ka tema esitatud näidetes. Selline eelhäälestus ei ole aga kuidagi kooskõlas väidetava neutraalse hoiakuga.

Väärkohtlev vanem teeb jõulist vastutööd

Vaimse vägivalda mõju lastele nähti tõsise ohuna nende vaimsele tervisele. Intervjueritavad kirjeldasid vaimset vägivalda, kui „julma ning haiget tegevat käitumist, kus kõige rohkem kannatavad lapsed“, „võõrandaja võib olla nii osav manipuleerija, et ta suudabki lapse enda juurde meelitada ning panna ta teisele vanemale selga keerama“, „on juhtumeid, mida võib nimetada terroriks sõna otseses mõttes“ ja „lapsed on lõpuks nii jumala katki, et on näha, et nad ise ka ei tea, mida nad kellele rääkida tohivad“.

Ometi ei toonud ükski intervjueritavatest välja, et lapse huvides oleks olla võimalikult vähe või üldse mitte kontaktis selliselt käituva vanemaga. Intervjueritavate jutust ei ilmnunud ka, et last kahjustav vanema käitumine avaldaks otseselt mõju kehtestatud suhtluskorrale.

Enamikule lahku läinud paaridele soovitatakse teha lapse huvidele rõhudes koostööd, ent perevägivalda korral on vaja paradigma muutust. Keskne peaks olema plaan, kuidas kaitsta seejuures ohvreid ja lapsi. Perevägivald nõuab teistmoodi käsitlust, need võivad olla piiratud või järelevalve all kohtumised lapsega või täielik kontakti keelamine, et tagada laste ja teise vanema ohutus (Jaffe jt 2009).

Intervjueritavad olid valdavalt seisukohal, et võõrandamisohus lapsi on väga keeruline, võõrandatud lapsi aga võimatu aidata.

³ Tähtis on osata eristada juhuslikku, impulsiivset vägivaldset käitumist ja puudulikku vanemlikke oskusi, mille korral lapsevanem vajab toetust, ja süstemaatilist perevägivalda – toim.

Kuigi nende võimuses on suhtluskorra kokkulepete ja kohtule esitatud hinnangute kaudu mõjutada lapse käekäiku, tajusid intervjuueritavad end nendes olukordades jõuetuna. Last väärkohtlev vanem püüab aitamist tõkestada, keelata või on last sel määral manipuleerinud, et laps ise keeldub abi vastu võtmast. Öeldi, et „*üldiselt on jah nagu keeruline, kui vanem keeldub kuskile lapsega minemast, siis me väga ei saagi seda last aidata. Me jääme selle taha, et vanema hooldusõigus on ikkagi ülimaltlik. Selleks, et vanemast mööda minna, peame me siis nii-öelda kohtusse minema ja paluma piirata vanema hooldusõigust*“.

Nii ütlevad intervjuueritavad ka, et laste kaitseks tuleb spetsialistidel minna „*tulejoonele*“. Peaaegu kõigi intervjuueritud lastekaitsetöötajate kohta on esitatud kaebusi, erineva sisuga süüdistusi, neid on laimatud sotsiaalmeedias ja kirjutatud nende kohta „*lausvalet*“, millele nad reageerida ei saa. „*Tegelikult töödeldakse vaimset lastekaitset ka täiesti, siin ei ole üldse midagi rääkida. /.../ Meid on tegelikult üle kallutatud sellise noh, sõna otseses mõttes pasaga [sotsiaalmeedias] ja tegelikult meil on jube raske ennast kaitsta, ainukene asi on see, et me ei loe neid asju ja me ei tee sellest välja*“.

Selline töömaastik loob pinnase kiireks läbipõlemiseks. Kõik intervjuueritud nimetasid oma põhitoetajatena kolleege, osa ka juhte ja juriste. Grupisupervisioon oli osale toeks, teised ei näinud selles aga kasutegurit. Sagedasti nimetati vajadust individuaalse supervisiooni järele.

Järeldused ja kokkuvõte

Intervjuudest ilmses, et lastekaitsetöötajatel pole ühtset teoreetilist võõrandamiskäsitlust. Seetõttu ei ole spetsialistidel teoreetilist abivahendit last kahjustava käitumise võimalikult varajaseks väljaselgitamiseks.

Uurimistöö tulemuste pinnalt eristus lastekaitsetöötajate vääruskumus iseenda neutraalsuse kohta. Esile tõusis isade eelistamine ja

teiselt poolt naiste süüdistamine nii vägivaldas, vägivaldsest suhtest mitte lahkumises kui ka soovis kaitsta lapsi pärast lahkumist vägivaldse isa eest. Naistele omistati põhiroll võõrandamises, mis oli vastuolus intervjuueritavate näidetega oma praktikast, kus ülekaalukalt räägiti perevägivalla kontekstis meestest.

Magistritöö uurimusest selgus, et hoolimata isade ilmnemise ja ka tõendatud vägivaldaaktidest, ei avaldanud see mõju suhtluskorrale. Neutraalsus tähendas kaastunnet isale ja lapse muutmist „objektiks“, kelle huvid taandusid vägivaldse vanema õiguste ees.

Ilmses ka lastekaitsetöötaja arusaam iseenda jõuetusest vanema psühholoogiliste manipulatsioonide ja nende tagajärgede ees. Kokkuvõtteks jäi kõlama lootusetus, et võõrandamisohus olevat last on väga keeruline, võõrandatud last aga võimatu aidata.

Last väärkohtlev vanem püüab aitamist tõkestada, keelata või on last sel määral manipuleerinud, et laps ise keeldub abi vastu võtmast.

Lastekaitsetöötajatel on kindlasti vaja teoreetilisi teadmisi võõrandamise võimalikult varajaseks kindlakstegemiseks, et suuta aegsasti lapse heaks midagi ette võtta. Ka teadmised perevägivalla ilmingutest tuleks kasuks, et hoida paremini oma professionaalseid piire ja vältida olukorda, et lastekaitsetöötajast endast saab vägivalla ohver või tööriist.

Tähtis on suurendada teadlikkust oma hoiakutest, ja isiklikest kogemustest lähtuvate hinnangute mõjust tööle. Selleks on kasulikud nii isiksuse arengu kursused, individuaalteraapia, individuaalne ja grupisupervisioon, mille kättesaadavuse eest võiksid hoolitseda kohalikud omavalitsused. Lastekaitsetöötajad vajavad kindlasti kaitset ja oma struktuuriüksuste toetust, et sellel keerulisel maastikul hoida oma vaimset tervist. 

Viidatud allikad

- Baker, A. L.** (2005). The long-term effects of parental alienation on adult children: A qualitative research study. *The American Journal of Family Therapy*, 33, 289–302. doi:10.1080/01926180590962129
- Baker, A. L.** (2007). Adult children of parental alienation syndrome. Breaking the ties that bind. New York: W. W. Norton & Company.
- Baker, A. L., Ben-Ami, N.** (2011). To turn a child against a parent is to turn a child against himself: The direct and indirect effects of exposure to parental alienation strategies on self-esteem and well-being. *Journal of Divorce & Remarriage*, 52, 472–489. doi:10.1080/10502556.2011.609424
- Baker, A. L., Sauber, R.** (2013). Working with the Alienated Children and Families. New York and London: Routledge.
- Balmer, S., Matthewson, M., Haines, J.** (2017). Parental alienation: Targeted parent perspective. *Australian Journal of Psychology*, 70(1), 91–99. doi:10.1111/ajpy.12159
- Bernet, W.** (2010). Parental alienation, DSM-5, and ICD-11. *The American Journal of Family Therapy Parental Alienation*, 38(2), 76–187. doi:10.1080/01926180903586583
- Bernet, W., Gregory, N., Reay, K. M., Rohner, R. P.** (2018). An Objective Measure of Splitting in Parental Alienation: The Parental Acceptance–Rejection Questionnaire. *Journal of Forensic Sciences*, 63(3), 776–783. doi:10.1111/1556-4029.13625
- Dalton, C., Drozd, L. M., Wong, F. Q. F.** (2006). Navigating custody & visitation evaluations in cases with domestic violence: A judge's guide. Reno, NV: National Council of Juvenile and Family Court Judges. www.familieslink.co.uk/download/july07/Navigating%20custody%20disputes%20Judges%20guide.pdf (18.04.2021).
- Drozd, L., Olesen, N.** (2004). Is it abuse, alienation, and/or estrangement? A decision tree. *Journal of Child Custody*, 1(3), 65–106. doi:10.1300/J190v01n03_05
- Friedlander, S., Walters, M. G.** (2010). When a child rejects a parent: Tailoring the intervention to fit the problem. *Family Court Review*, 48, 98–111. doi:10.1111/j.1744-1617.2009.01291.x
- Garber, B. D.** (2011). Parental alienation and the dynamics of the enmeshed parent-child dyad: Adultification, Parentification, and Infantilization. *Family Court Review*, 49(2), 322–335. doi:10.1111/j.1744-1617.2011.01374.x
- Harman, J. J., Kruk, E., Hines, D. A.** (2018). Parental alienating behaviors: An unacknowledged form of family violence. *Psychological Bulletin*, 144(12), 1275–1299. doi:10.1037/bul0000175
- Jaffe, P. G., Crooks, C. V. Bala, N.** (2009). A framework for addressing allegations of domestic violence in child custody disputes. *Journal of Child Custody*, 6, 169–188. doi:10.1080/15379410903084517
- Jaffe, A. M., Thakkar, M. J., Piron, P.** (2017). Denial of ambivalence as a hallmark of parental alienation. *Cogent Psychology*, 4(1). doi:10.1080/23311908.2017.1327144
- Johnston, J. R., Walters, M. G., Olesen, N. W.** (2005). Is it alienating parenting, role reversal or child abuse? A study of children's rejection of a parent in child custody disputes. *Journal of Emotional Abuse*, 5(4), 191–218. doi:10.1300/J135v05n04_02
- Kelly, J. B., Johnson, M. P.** (2008). Differentiation among types of intimate partner violence: Research update and implications for interventions. *Family Court Review*, 46(3), 476–499. doi:10.1111/j.1744-1617.2008.00215.x
- Kriminaalpoliitika.** (2019). Perevägivald ja ahistamine. www.kriminaalpoliitika.ee/kuritegevuse-statistika/perevagivald-ja-ahistamine.html (18.04.2021).
- Kruk, E.** (2010). Collateral damage: The lived experiences of divorced mothers without custody. *Journal of Divorce & Remarriage*, 51(8), 526–543. doi:10.1080/10502556.2010.504103
- Liivamägi-Hitrov, A., Kask, K.** (2016). Lapse küsitlemise käsiraamat. Justiitsministeerium, siseministeerium. www.kriminaalpoliitika.ee/sites/krimipoliitika/files/elfinder/dokumendid/lapse_kusitlemise_kasiraamat_2016_0.pdf (4.09.2020).

- Lee-Maturana, S., Matthewson, M. L., Dwan, C.** (2020). Targeted Parents Surviving Parental Alienation: Consequences of the Alienation and Coping Strategies. *Journal of Child and Family Studies*, 29(8), 2268–2280. doi:10.1007/s10826-020-01725-1
- Lowenstein, L. F.** (2013). Is the concept of parental alienation a meaningful one? *Journal of Divorce & Remarriage*, 54, 658–667. doi:10.1080/10502556.2013.810980
- Poustie, C., Matthewson, M., Balmer, S.** (2018). The Forgotten Parent: The Targeted Parent Perspective of Parental Alienation. *Journal of Family Issues*, 39(12), 3298–3323. doi:10.1177/0192513X18777867
- Reay, K. M.** (2015). Family reflections: A promising therapeutic program designed to treat severely alienated children and their family system. *The American Journal of Family Therapy*, 43, 197–207. doi:10.1080/01926187.2015.1007769
- Rizvi, S.** (2019). Using Fiction to Reveal Truth: Challenges of Using Vignettes to Understand Participant Experiences Within Qualitative Research. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 20(1), Art. 10. doi:10.17169/fqs-20.1.3101
- Waldron, K. H., Joanis, D. E.** (1996). Understanding and collaboratively treating parental alienation syndrome. *American Journal of Family Law*, 10, 121–133. www.fact.on.ca/Info/pas/waldron.htm (12.02.2021).
- Warshak, R. A.** (2015). Ten parental alienation fallacies that compromise decisions in court and in therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(4), 235–249. doi:10.1037/pro0000031
- Warshak, R. A.** (2020). When evaluators get it wrong: False positive IDs and parental alienation. *Psychology, Public Policy, and Law*, 26(1), 54–68. doi:10.1037/law0000216

Pandeemia mõju laste vaimsele tervisele ja kuidas neid toetada



Karin Streimann, PhD
nooremteadur, Tervise Arengu Instituut

KOKKUVÕTE

Viimased aastad on avaldanud olulist mõju laste ja noorte vaimsele tervisele: räägitakse nii vaimse tervise kriisist kui ka koroonapõlvkonnast. Artikkel annab ülevaate laste vaimse tervise olukorrast eri arenguetappides ja vaimset tervist mõjutavatest teguritest ning toetusvõimalustest, tuginedes pandeemiaeelsetele ja -aegsetele uuringutele.

Artikkel koosneb kahest osast: käesolev ülevaade keskendub kuni 11-aastaste laste vaimsele tervisele, teine osa noorte vaimsele tervisele.

Siinkohal ei käsitleta eriarstiabi, psühholoogilist nõustamist ega psühhoteraapia vajadust ja võimalusi, vaid pakutakse universaalseid meetmeid, mida laste, noorte ja peredega tegelevad inimesed saavad vaimse tervise toetamisel kasutada.

MÄRKSONAD

Vaimne tervis, imikuiga ja varajane lapseiga, noorem kooliiga, ennetus

Hirm, üksildus, lein, igavus, frustratsioon – need emotsioonid on viimastel aastatel mõjutanud paljude laste elu. Teadlased arvavad, et läheb aastaid, enne kui suudame paremini mõista ja hinnata pandeemia mõju laste vaimsele tervisele.

Kuidas saab tulevikus hakkama laps, kelle kodu muutus sõjatandriks? Või hoopis laps, kes lasteaiaelus osalemise ja eakaaslastega suhtlemise asemel on olnud suurema osa ajast koduseinte vahel, muretsedes pereliikmete tervise pärast? Kuidas tuleb toime laps, kes oli

algklassides või hoopis põhikooli lõpus kaugõppel, kaotas õpihuvi või tundis end äreva ja üksildasena? Millist pikaajalist mõju kogevad lapsed, kes on pandeemia ajal olnud oluliselt kauem ekraani ees ja liikunud vähem? Millist mõju avaldab kriisiaeg laste unistustele, tervisele, võimele ühiskonnas aktiivselt osaleda?

Pandeemia mõju laste vaimsele tervisele on keeruline hinnata, sest lastel ei pruugi praegu esineda vaimse tervise probleeme või ei pruugi nad kohe välja näidata, et neil on raske. See aga ei tähenda, et raskused ei võiks hiljem tekkida.

Seetõttu tuleb just praegu toetada kõigi laste ja noorte vaimset tervist, aidata neil realiseerida oma võimeid ja tulla toime igapäevaelu pingetega (Rider jt 2021; WHO 2004). Vaimne tervis on enam kui haiguse või probleemi puudumine: see sisaldab ka vaimse heaolu aspekte, nagu psühholoogiline, emotsionaalne ja sotsiaalne heaolu (Schotanus-Dijkstra jt 2017; Westerhof ja Keyes 2010). Hea vaimne tervis väljendub seega suhtlus-, mängu- ja õpi-võimes, loominguilises ning enda olulisena tundmises. Selle eeldus on turvaline, arengut ja sotsialiseerumist toetav keskkond, kus laps tunneb end armastatuna.

Uuringud on näidanud, et vaimse tervise probleeme põhjustavad pigem negatiivsed elusündmused, nt pereliikmete vaimse tervise probleemid, väärkohtlemine, traumaatilised sündmused, kuid vaimset heaolu mõjutavad eeskätt sotsiaalne isolatsioon ja kehvemad eluuskused, nt vähene sotsiaalne ja emotsionaalne pädevus (Kinderman jt 2015). Muutuste nimel on oluline mõelda mõlemale dimensioonile ehk seada eesmärgiks nii vaimse tervise probleemide vähendamine kui ka vaimse heaolu parandamine. Seda saab teha, muutes vaimse tervise mõjutegureid (riski- ja kaitsetegureid), mis on konteksti (nt seadused, normid, võimalused) ja inimsuhtega seotud (nt lähisuhted, ühtekuuluvustunne) või individuaalsed (nt neuroloogiline areng, eluuskused) (Streimann jt 2020).

Mis on teada laste vaimsest tervise olukorrast?

Viimased aastad on oluliselt mõjutanud laste ja noorte sotsiaalset ning emotsionaalset arengut. UNICEF-i (2021) viimane raport Euroopa laste heaolu kohta toob välja, et kui pandeemia on meile midagi õpetanud, siis just seda, kuivõrd mõjutab laste vaimset tervist keskkond: suhted vanemate ja lähedastega, mängimis- ja õppimisvõimalused.

Rahvusvaheliselt räägitakse vaimse tervise kriisist (OECD/EU 2018), mis on viimastel aastatel laste ja noorte seas võimendunud (United Nations 2020).

Üksildustunne on üks pandeemia ajal võimendunud tegur, mis on otseselt seotud laste ja noorte vaimse tervise probleemidega.

Hiljutine metaanalüüs depressiooni ja ärevusega seotud probleemide levimusest laste ja noorte seas pakub, et probleemid on pandeemia ajal kahekordistunud (Racine jt 2021). Seda suundumust kinnitavad teisedki uuringud. Näiteks Hollandis leiti, et ärevuse ja depressiooni sümptomid 8–18-aastaste seas on suurenenud nii laste endi kui ka nende vanemate hinnangul (Fischer jt 2021). Samuti on mõõdetud posttraumaatilise stressihäire sümptomite ja uneprobleemide olulist suurenemist (Ma jt 2021). Uneprobleemid on seotud näiteks päevakava ja rutiini muutumise, suurenenud ekraaniaja ja vähenenud liikumisvõimaluste ning igapäevase liikumisega.

Samal ajal esineb probleemide väljendumisel vanuselisi eripärasid. Varases lapseas (2–6-aastased) esineb varasemast enam vanema külge klammerdumist, nooremas koolieas aga tähelepanuprobleeme (Singh jt 2020). Suurbritannias leiti, et aktiivsuse ja tähelepanuhäire sümptomite esinemine kasvas pandeemia esimese laine ajal oluliselt 4–10-aastaste seas, murdeas (11–16-aastased) suurenesid eeskätt emotsionaalsed raskused (Waite jt 2021). Ärevushäirete sümptomite esinemine ei erine vanuseti, kuid depressiooni sümptomid on levinud pigem murdealistes seas (Racine jt 2021). Saksamaal korraldatud uuring näitas, et koroonapandeemia teise sulgemislaine ajal suurenesid laste seas vaimse tervise

probleemid veelgi. Toodi välja, et kõige haavatavamad on noored, kes sagedasti peavad kaugõppel viibima, kehvemates oludes kasvavad lapsed ja vaimse tervise probleemidega vanematega lapsed (Ravens-Sieberer jt 2021).

Samuti on uuritud, millised lapsed on kõige haavatavamad probleemide väljakujunemiseks või süvenemiseks. Kõrgemas riskis on lapsed ja noored, kellel esines varasemalt arengu või vaimse tervise probleeme (nt autismispektri häire, aktiivsus- ja tähelepanuhäired, arenguline mahajäämus jne), sest nende kohanemisvõime on juba eos väiksem ning nad taluvad kehmini igapäevarutiini muutusi (Carretero jt 2021; Lee 2020; Singh jt 2020).

Teiseks haavatavamaks rühmaks peetakse lapsi ja noori, kelle peres on majanduslikke probleeme. Uuringud näitavad, et pandeemia on suurendanud ühiskondlikku ebavõrdsust (Ford jt 2021). Soolises võrdluses on nähtud, et vaimse tervise probleemid on suurenenud pigem 5–10-aastaste poiste ja murdealiste tüdrukute seas (Racine jt 2021; Vizard jt 2020).

Üksi jäämise vähendamiseks tasub kogukonnas panustada regulaarse sotsiaalse ühistegevuse korraldamisse lastevanematele võimalikult mugavas asukohas ja kellaajal.

Üksildustunne on üks pandeemia ajal võimendunud tegur, mis on otseselt seotud laste ja noorte vaimse tervise probleemidega. Selle vähendamiseks on oluline luua sotsiaalsete kontaktide kvaliteedi ja kvantiteedi säilimise võimalused ka isolatsiooniperioodidel (Loades jt 2020).

Eesti uuringud näitavad samuti, et sotsiaalse suhtluse vähenemine või puudumine

on üks laste elu enim mõjutanud tegur: 2021. aasta lõpus lastevanematelt kogutud andmed näitasid, et kaugõppe perioodil oli 5–17-aastastest lastest kolmandiku jaoks probleem piisava suhtluse puudumine koolikaaslaste ja õpetajaga ning üksi jäämine (Turu-uuringute AS 2021).

Vaimse tervise toetamine algab juba enne lapse sündi

Vaimse tervise probleemide ennetus algab juba enne sündi, sest lapse esimesed tuhat päeva (eostamisest kuni umbes teise eluaastani) loovad aluse aju elukestvaks arenguks (Meredith 2015). Rasedusaegne stress või sünnijärgsed negatiivsed kogemused mõjutavad oluliselt lapse neuroloogilist arengut, mistõttu pandeemiaga seotud stressi suurenemine tulevaste ja vastsete emade seas on selge ohumärk (Basu jt 2021; McDonald jt 2021). Sarnaselt teiste ühiskonnarühmadega on ka lapseootel ja äsja emaks saanud naiste stress seotud sotsiaalse isolatsiooni, majanduslike murede, leina või hirmuga COVID-19 ees (Holmes jt 2020). Stressi võib põhjustada üksinda ämmaemanda külastamine või üksinda sünnitama minek, kuid ka pärast sünnitust üksi jäämine.

Emal sobiv reaktsioon imiku nutule, hääletsustele ja liigutustele esimestel aastatel aitab tekkida turvalisel kiindumussuhtel, mis on oluliselt seotud lapse sotsiaalse ja emotsionaalse heaoluga hilisematel aastatel (Branjerdporn jt 2017). Kui vanem kogeb vaimse tervise probleeme, võib see mõjutada tema suhtlemist lapsega, muutes tolle vastuvõtlikumaks vaimse tervise probleemidele hilisemas eas (McDonald jt 2021). Seetõttu on eriti oluline jälgida lapseootuse ajal ja pärast sünnitust lapse ema ning võimaluse korral ka isa vaimset tervist ja toimetulekut, et perele kohe tuge pakkuda. Murede korral võib vanemaid lisaks psühholoogilisele abile toetada ka tugirühmas osalemine.

Eestis tunnevad tulevased emad enne lapse sündi end võrdlemisi toetatuna, kuid lapse sünni järel tuntakse end tihti üksi jäetuna. Vanemate arvates on keeruline kohaneda lapsevanema rolliga ja paarisuhe võib muutuda lapse sünni järel nõrgemaks. Ühe ema kogemust kirjeldab tsitaat: „*Lapse sünni järel oli esimesed kaks nädalat väga tore: kõik oli ühine. Seejärel läks mees tööle ja toimus krahh – olin üksi*“ (ema, 30). (Avaliku sektori innovatsioonitiim 2021)

Üksi jäämise vähendamiseks tasub kogukonnas panustada regulaarse sotsiaalse ühistegevuse korraldamisse lastevanematele võimalikult mugavas asukohas ja kellaajal. Tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna spetsialistid saavad vastüündinuga perede kohanemist uue olukorraga toetada ka kodukülastustel vanemaid nõustades. Koduvisiite korraldatakse eri riikides erinevalt, neid võib alustada juba enne lapse sündi ja toetada peret kahe aasta jooksul. Koduvisiitide käigus jagatakse infot lapse arengu kohta, julgustatakse lapse ja vanemate positiivset suhtlust ning vajadusel aidatakse leida sotsiaal- ja tervishoiuteenused (National Research Council and Institute of Medicine 2009).

Varases lapseeas saab vaimset tervist toetada lapsevanemate abistamisega

Varases lapseeas on arengus endiselt suur roll tuumikperel, kuid olulisemaks muutub kokkupuude laiendatud perekonna ja eakaaslastega. Esmased pandeemia ajal korraldatud uuringud näitavad, et laste heaolu on mõjutanud eeskätt rutiinide muutumine, lähedastega koosolemise ja mängimisvõimaluse puudumine ning oluliste ürituste ärajäämine (nt sünnipäevapeod) (De Young jt 2021). Selles vanuses lapsed tunnevad end tavapärasest enam ebakindlalt, muretsevad lähedaste tervise pärast, neil võib esineda söögiisu

muutusi ja ärevust lähedastest eemaloleku tõttu, sagedena võib soovimatu käitumine ja tähelepanu otsimine, väheneda koostöövalmidus (Gassman-Pines jt 2020; Singh jt 2020). Samuti võivad taanduda varem õpitud oskused, nt võib laps keelduda potil käimisest või ei jää üksi magama (Rider jt 2021).

Varases lapseeas on arengus endiselt suur roll tuumikperel, kuid olulisemaks muutub kokkupuude laiendatud perekonna ja eakaaslastega.

Ühe vanema kogemust ilmestab järgmine tsitaat: „*Ta oli varem nii loominguline laps, pidevalt uuris midagi ja mängis rõõmuga. Nüüd on ta endasse tõmbunud, ei taha üldse omaette mängida ja muutub kohe rahutuks, kui me temaga koos ei mängi ... Lastehoid oli suletud üheksa nädalat ja ma töötasin sel ajal iga päev kella kaheni öösel ning mõne tunni ka nädalavahetusel, et saaksin päeval pojaga mängida. See on olnud kohutavalt väsitav.*“ (De Young jt 2021)

Laste vaimset tervist toetab tavapäraste rutiinide hoidmine ja mänguvõimalus, sest mängu kaudu tegelevad lapsed kogetud tunnete ja sündmustega (Rider jt 2021). Samal ajal vajavad tuge ka väikelaste vanemad, sest nad on end isolatsiooni ajal tundnud üksi- ja lõksu jäetuna, pinges ning kogenud suhete halvenemist partneri ja lastega (De Young jt 2021). Ka Eestis tundsid just selle vanuserühma laste vanemad isolatsiooni ajal end kurnatuna ja tajusid kodust elukorraldust stressirohkena (Turu-uuringute AS 2020).

Lapsevanemad vajavad tuge lapsevanemaks olemisel, seetõttu tasub suurendada vanemlikke oskusi toetavate sekkumiste (nt „Imelised aastad“ või „Gordoni perekool“) kättesaadavust. Mida lihtsam on vanemal

saada kiiresti ja tasuta nõu ning abi (nt pere-terapeut, paariterapeut, psühholoogiline nõustamine), kui vanem tunnetab, et ei oska lapse või iseendaga hakkama saada, seda vähem tõenäoline on murede tekkimine. Samuti tasub mõelda, kuidas toetada vanemate puhkamist ja taastumist. Kas näiteks saab kogukonnas võimaldada väikelaste vanematele hoidjateenust, korraldada täiskasvanute huviringide juures tasuta lapsehoiud vms. Vanemad tunnevad, et neid toetab ka lastele ja vanematele suunatud ühistegevus, näiteks beebikoolid, laulu-, mängu-, võimlemis- ja loovusringid, regulaarsed mänguhommikud väikelastega vanematele jne.

„Mul on väga palju aidanud ka see, kui näen, kuidas teised inimesed suhtlevad oma lastega. Et see nagu eeskujuna aitab. Ma käisin väikelaste võimlemises – seal ma nägin, kuidas mingite situatsioonidega tegeleda“ (ema, 37). (Avaliku sektori innovatsioonitiim 2021)

Koolieelikute vaimset tervist mõjutab peale kodu ka lapsehoiu või lasteaia keskkond, sh rühma suurus, suhted rühmas ja õhkkond, korraldatud tegevus ning tugiteenuste kättesaadavus lasteaias (National Research Council and Institute of Medicine 2009).

Riigikontrolli hinnangu kohaselt saavad Eestis lapsed enamjaolt neile vajalikke tugiteenuseid 64% munitsipaallasteaedes, mis viitab, et 36% lasteaedes peavad lapsed toime tulema vajalikust oluliselt väiksema abiga või jääma abita (Riigikontroll 2020). Varajane sekkumine on aga mitu korda odavam, kui tegeleda süvenenud probleemidega hilisemas eas. Lasteaiaõpetajad tunnevad, et üks õpetaja rühmas on liiga vähe laste arengu toetamiseks ning leiavad, et neil on keeruline lapsi toetada, kui vanem keeldub koostööst (Avaliku sektori innovatsioonitiim 2021). Lapsevanemate hinnangud lasteaednike tegevusele laste vaimse tervise toetamisel varieeruvad: mõni vanem on kogenud, et lapsi kontrollitakse valju hääle ja

kurja sõnaga ning laps ei taha aeda minna, aga teine õpetaja võib olla äärmiselt pühendunud ja hooliv. Lapsi on kaua üle antud uksele, seetõttu tunnevad vanemad, et nad tegelikult ei tea, mis lasteaia toimub.

„Lasteaia ähvardatakse vitsaga ja öeldakse „paha laps“. Õpetaja ei tule selle peale, et pedagoogilisi oskusi kasutada...“ (ema, 30). (Avaliku sektori innovatsioonitiim 2021)

Koolieelikute vaimset tervist mõjutab peale kodu ka lapsehoiu või lasteaia keskkond.

Lasteaed saab kaasa aidata laste sotsiaalsete ja emotsionaalsete oskuste arendamisele, mis loob lapse hea vaimse tervise aluse. Eesti osales Inglismaa ja Ameerika Ühendriikidega rahvusvahelises alushariduse ja laste heaolu uuringus. Selles leiti, et viieaastastel Eesti lastel olid võrreldes teiste riikidega tugevaimad eneseregulatsiooni ja sotsiaal-emotsionaalsete oskuste tulemused. Kui kodus loeti lapsele iga päev või vanemad olid sageli kaasatud lasteasutuse tegevusse, olid oskused paremad (Tammemäe jt 2020). Seega tasub laste vaimse heaolu ja eluoskuste arengu toetamiseks suurendada lastevanemate ja lasteaedade koostööd.

Nooremas koolieas toetab vaimset tervist turvaline keskkond ja positiivsele keskendumine

„Rõõmsaks teeb, kui saab sõpradega koos olla ... Kahjuks see koroona ja igast asju peab olema, kõik on kinni pandud ega saa väga midagi teha“ (poiss, 11). (Avaliku sektori innovatsioonitiim 2021)

Mida vanemaks laps saab, seda olulisemaks muutuvad suhted väljaspool kodu. Eestis tunneb ligikaudu 75% kaheksa- ja

kümneaastastest, et neil on piisavalt sõpru, veidi väiksem osa (55%) lapsi tunneb, et tavaliselt käituvad sõbrad nendega hästi (Soo ja Kutsar 2020). Samale uuringule tuginedes on ligi 60% kogenud vähemalt kord kuus koolis löömist, narrimist või tõrjutust, koolikiusamine mõjutab aga oluliselt laste vaimset tervist (McDaid jt 2019). Kool saab kinnistada ja tunnustada positiivset käitumist ning vähendada sobimatu käitumise võimalusi, koolikiusamise ennetus peab koolis olema läbimõeldud ja pikaajaline. Koole toetab selles näiteks KiVa kiusuennetusprogramm, mis on ka Eestis tulemuslik (Treial 2016).

Eakaaslastega suhtlemine aitab omandada eluks vajalikku pädevust, sotsiaalsete, emotsionaalsete ja enesejuhtimise oskuste arendamist peavad aga iga päev toetama täiskasvanud. Üle 150 kooli kasutab Eestis õpilaste eluoskuste arendamiseks VEPA Käitumisoskuste Mängu metoodikat, mis on tulemuslik õpilaste käitumis-, tähelepanu- ja keskendumisraskuste ning emotsionaalsete raskuste vähenemisel ja eakaaslastega suhtlemise paranemisel (Streimann jt 2020). Samuti saab teises klassis kasutada sotsiaal-emotsionaalse pädevuse arendamise programmi „Meie maailm“, mille esmased tulemused on näidanud õpilaste koostööning eneseväljendusoskuse paranemist.

Laste heaoluks on tähtis, et ka nende vanemad iseendaga hästi toime tuleksid. Laste heaolu mõjutab tugevasti see, kuidas inimesed nende ümber end tunnevad ja lastega suhtlevad. Lapsed tunnevad end õnnetuna, kui vanematel on raske: „*Kui perel on pingeline asi, siis nad on nii stressis ja kogu aeg on pahas tuju selle stressi pärast ja siis ajavad minule ka paha tuju*“ (poiss, 11). (Avaliku sektori innovatsioonitiim 2021).

Üldiselt tunneb enamik lastest end kodus hästi: ligikaudu 85% kaheksa ja kümneaastastest arvavad, et nende pereliikmed hoolivad

neist ning nad tunnevad end kodus turvaliselt; kolm last neljast tunneb, et mure korral pereliige aitaks neid (Soo ja Kutsar 2020). Lapsevanemad oskavad paremini iseendaga toime tulla ja lapse arengut toetada, kui on omandanud sobivad piiride seadmise ja suhtlemisoskused – selles on abiks pikaajased koolitusprogrammid, kus on võimalik uusi oskusi omandada ja järjepidevalt harjutada: „*Seal Gordoni perekoolis see minakõne läks paremaks, mulle tundub, et ma pole nii süüdistav. Mulle on OK öelda lauseid „Mulle meeldib“ või „Mulle ei meeldi“. See minu meelest küll aitas*“ (ema, 37). (Avaliku sektori innovatsioonitiim 2021)

Laste heaoluks on tähtis, et ka nende vanemad iseendaga hästi toime tuleksid.

Nooremas koolieas laste hinnangul on pandeemia ajal nende elu mõjutanud kõige enam kaugõpe, sõprade mittenägemine ja õues mängimise keeld (Lee 2020). Sotsiaalse elu häiritus võib selles eas kaasa tuua depressiooni sümptomeid, süü- ja vihatunnet, klammerdumist ning tähelepanu otsimist (Courtney jt 2020; Singh jt 2020). Nii koolis kui ka kodus saab nooremas koolieas lapsi toetada, keskendudes negatiivse asemel positiivsele, hoides tavapäraseid rutiine ja luues rohkelt mänguvõimalusi. Kool ja huvitegevuses osalemine loovad lapse elus kindla päevakava ja rütmi, mis on eriti oluline nende laste jaoks, kellel esineb vaimse tervise probleeme.

Ameerika Ühendriikides tehtud uuringus leiti, et koolide avatuna hoidmine on kuni 11-aastaste jaoks äärmiselt oluline. Järeldati, et algklassiõpilaste kaugõpe võib viia suurema arvu enne eeldatavat eluiga juhtunud surmadeni, kui juhtuks koolide lahtihoidmise korral (Christakis jt 2020). Koolis aga peab

õhkkond olema turvaline ja hooliv, et toetada lapse heaolu ning arengut ka seal nii hästi kui võimalik. Eestis oli juba enne pandeemiat suur murekoht laste vähenenud koolirõõm, mis ilmselt on viimastel aastatel veelgi süvenenud. Koolirõõmu hoidmist peavad aina olulisemaks ka Eesti koolijuhid: „*Lapsed tulevad kooli ju uudishimulikena ja meil õnnestub see esimese aastaga korralikult ära lõpetada ... See on meie fenomen*“ (koolidirektor). (Streimann ja Vilms 2021)

Kuidas lapsi ja peresid toetada?

Pandeemia on avaldanud nii positiivset kui ka negatiivset mõju laste ja lastevanemate vaimsele tervisele: mõnel lapsel on kodused suhted muutunud lähedasemaks, teised kogevad aga endiselt stressi. Kõigil täiskasvanutel laste ja perede ümber on võimalik toetada laste ja perede heaolu, kasutades universaalseid meetmeid ja mõeldes näiteks järgmistele küsimustele.

- Kuidas jälgitakse lapseootuse ajal ja pärast lapse sündi lastevanemate vaimset tervist ning toimetulekut? Kuidas toetatakse vastsündinuga perede kohanemist uue olukorraga?
- Millised tugirühmad kogukonnas tegutsevad? Millised tugirühmad toetaksid kogukonna lastevanemaid?
- Milline ühistegevus on lastevanematele kättesaadav ja ligipääsetav? Millised beebikoolid, laulu-, mängu-, võimlemis- ja loovusringid tegutsevad ning regulaarsed mänguhommikud toimuvad?
- Milliseid vanemlikke oskusi toetavaid sekumisi kogukonnas rakendatakse?
- Kust saab vanem kiiresti ja tasuta nõu ning abi (nt pereterapeut, paariterapeut, psühholoogiline nõustamine), kui ta tunneb, et ei oska lapse või isendaga hakkama saada?
- Kuidas toetatakse vanemate puhkamist ja taastumist (nt kas väikelaste vanematel on

võimalik saada hoidjateenust või kas täiskasvanute huviringide juures pakutakse tasuta lapsehoidu)?

- Kui suured rühmad tegutsevad lastehoiuasutuses või lasteaias? Millised on suhted rühmades? Kui kättesaadavad on tugiteenused lasteaias?
- Kuidas toetatakse lasteaegade, koolide ja lastevanemate koostööd?
- Kuidas arendatakse lasteaedades ja koolides eluks vajalikke oskusi, sh sotsiaalseid, emotsionaalseid ja enesejuhtimisoskusi?
- Millised on laste võimalused eakaaslastega mängida, sõprussuhteid luua ja hoida?
- Kuidas ennetatakse lasteaedades ja koolides kiusamist ning luuakse turvaline hooliv õhkkond?
- Kuidas vähendatakse ettearvatust laste elus ja toetatakse lastevanemaid aimatavate rutiinide kujundamisel ja jõustamisel?
- Kuidas toetatakse laste ja peredega tegelevate spetsialistide vaimset heaolu ja enesehoidmist (nt õpetajad, tugispetsialistid, lastekaitsetöötajad)? Kuidas arendatakse nende pädevust laste vaimse tervise toetamiseks?



KASULIKUD MATERJALID

- Tervise Arengu Instituut (2021). Laste ja perede heaolu. Tegevusi vaimse tervise toetamiseks.
- Streimann, Karin; Vilms, Triin (2021). Vaimse tervise probleemide ennetus koolides. Harjumaa koolide tugispetsialistide ja koolijuhtide rühmaintervjude kokkuvõte. Selles raportis on soovitusel riigile, kohalikule tasandile ja koolidele.
- Haridus- ja Noorteamet jt (2021). 4 sammu märkamiseks ja sekkumiseks õpetajale.

Viidatud allikad

- Avaliku sektori innovatsioonitiim (2021). Kuidas teha nii, et iga laps Eestis oleks hea vaimse tervise juures?
- Basu, A., Kim, H. H., Basaldua, R., Choi, K. W., Charron, L., Kelsall, N., Hernandez-Diaz, S., Wyszynski, D. F. Koenen, K. C. (2021). A cross-national study of factors associated with women's perinatal mental health and wellbeing during the COVID-19 pandemic. *PLOS ONE*, 16(4).
- Branjerdporn, G., Meredith, P., Strong, J., Garcia, J. (2017). Associations Between Maternal-Foetal Attachment and Infant Developmental Outcomes: A Systematic Review. *Maternal and Child Health Journal*, 21(3), 540–553. doi:10.1007/s10995-016-2138-2
- Carretero, S., Napierala, J., Bessios, A., Mägi, E., González-Vazquez, I. (2021). What did we learn from schooling practices during the COVID-19 lockdown?
- Christakis, D. A., Van Cleve, W., Zimmerman, F. J. (2020). Estimation of US Children's Educational Attainment and Years of Life Lost Associated with Primary School Closures during the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *JAMA Network Open*, 3(11), 1–12.
- Courtney, D., Watson, P., Battaglia, M., Mulsant, B. H., Szatmari, P. (2020). COVID-19 Impacts on Child and Youth Anxiety and Depression: Challenges and Opportunities. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 65(10), 688–691.
- De Young, A., Paterson, R., March, S., Hoehn, E., Vasileva, M. (2021). COVID-19 Unmasked Young Children Report 2: Impact of the second wave in Australia on the mental health of young children and parents.
- Fischer, K., Tieskens, J. M., Luijten, M. A. J., Zijlmans, J., ...Popma, A. (2021). Internalizing Problems Before and During the COVID-19 Pandemic in Dutch Children and Adolescents with and without Pre-Existing Mental Health Problems, 1–28.
- Ford, T., John, A., Gunnell, D. (2021). Mental health of children and young people during pandemic. *BMJ*, n614.
- Gassman-Pines, A., Ananat, E. O., Fitz-Henley, J. (2020). COVID-19 and Parent-Child Psychological Well-being. *Pediatrics*, 146(4).
- Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., ... Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, 0366(20), 1–14.
- Kinderman, P., Tai, S., Pontin, E., Schwannauer, M., Jarman, I., Lisboa, P. (2015). Causal and mediating factors for anxiety, depression and well-being. *British Journal of Psychiatry*, 206(6), 456–460.
- Lee, J. (2020). Mental health effects of school closures during COVID-19. *The Lancet Child and Adolescent Health*, 4(6), 421.
- Loades, M. E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., ...Crawley, E. (2020). Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(11), 1218–1239.
- Ma, L., Mazidi, M., Li, K., Li, Y., ... Wang, Y. (2021). Prevalence of mental health problems among children and adolescents during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 293, 78–89.
- McDaid, D., Park, A.-L., Wahlbeck, K. (2019). The Economic Case for the Prevention of Mental Illness. *Annual Review of Public Health*, 40(1), 373–389.
- McDonald, A. J., Mew, E. J., Hawley, N. L., Lowe, S. R. (2021). Anticipating the long-term neurodevelopmental impact of the COVID-19 pandemic on newborns and infants: A call for research and preventive policy. *Journal of Affective Disorders Reports*, 6, 100213.
- Meredith, R. M. (2015). Sensitive and critical periods during neurotypical and aberrant neurodevelopment: A framework for neurodevelopmental disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 50, 180–188.
- National Research Council and Institute of Medicine (2009). Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People. Washington, D.C.: National Academies Press.

- OECD/EU (2018). Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD.
- Racine, N., McArthur, B. A., Cooke, J. E., Eirich, R., Zhu, J., Madigan, S. (2021). Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents during COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 175(11), 1142–1150.
- Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Erhart, M., Otto, C., Devine, J., Löffler, C., Hurrelmann, K., Bullinger, M., Barkmann, C., Siegel, N. A., Simon, A. M., Wieler, R. S., Hölling, H. (2021). Quality of life and mental health in children and adolescents during the first year of the COVID-19 pandemic: results of a two-wave nationwide population-based study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, (0123456789).
- Rider, E. A., Ansari, E., Varrin, P. H., Sparrow, J. (2021). Mental health and wellbeing of children and adolescents during the covid-19 pandemic. *The BMJ*, 374, 1–14.
- Riigikontroll (2020). Hariduse tugiteenuste kättesaadavus. Kontrolliaruanne.
- Schotanus-Dijkstra, M., Ten Have, M., Lamers, S. M. A., De Graaf, R., Bohlmeijer, E. T. (2017). The longitudinal relationship between flourishing mental health and incident mood, anxiety and substance use disorders. *European Journal of Public Health*, 27(3), 563–568.
- Singh, S., Roy, D., Sinha, K., Parveen, S., Sharma, G., Joshi, G. (2020). Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: A narrative review with recommendations. *Psychiatry Research*, 293, 113429.
- Soo, K., Kutsar, D. (2020). Kuidas elad, Eestimaa laps? Tartu: TÜ ühiskonnateaduste instituut.
- Streimann, K., Pertel, T., Vilms, T., Abel-Ollo, K. (2020). Ennetuse käsiraamat: sõltuvusainete tarvitamise ennetuse teaduslik käsitlus otsustajatele, arvamusiidritele ja poliitikakujundajatele. Kohandatud Euroopa ennetusõppekava (EMCDDA) põhjal. Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
- Streimann, K., Selart, A., Trummal, A. (2020). Effectiveness of a Universal, Classroom-Based Preventive Intervention (PAX GBG) in Estonia: a Cluster-Randomized Controlled Trial. *Prevention Science*, 21(2), 234–244.
- Streimann, K., Vilms, T. (2021). Vaimse tervise probleemide ennetus koolis. Harjumaa koolide tugispetsialistide ja koolijuhtide rühmaintervjude kokkuvõte.
- Tammemäe, T., Tuul, M., Lilleoja, L., Õun, T., Peterson, T., Meesak, A.-M. (2020). OECD rahvusvahelise alushariduse ja laste heaolu uuringu IELS 2018 tulemused Eestis.
- Treial, K. (2016). KiVa kiusamisvastase programmi prooviuring Eestis: kaheaastase klaster-randomiseeritud kontrollkatse tulemused. *Eesti Haridusteaduste Ajakiri. Estonian Journal of Education*, 4(2), 191–222.
- Turu-uuringute AS (2020). Lapsevanemate töötamine ja pere toimetulek eriolukorras: eelkoolialiste ja põhikoolialiste lastega elanike küsitlus.
- Turu-uuringute AS (2021). COVID-19 teemaline küsitlus. 36. küsitluslaine.
- UNICEF (2021). The State of the World's Children 2021. On My Mind: Promoting, protecting and caring for children's mental health.
- United Nations (2020). *Policy Brief: Covid-19 and the Need for Action on Mental Health*. Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health, 1–17.
- Vizard, T., Sadler, K., Ford, T., Newlove-Delgado, T., McManus, S., Marcheselli, F., ... Cartwright, C. (2020). Mental Health of Children and Young People in England, (juuli), 1–50.
- Waite, P., Pearcey, S., Shum, A., Raw, J. A. L., Patalay, P., Creswell, C. (2021). How did the mental health symptoms of children and adolescents change over early lockdown during the COVID-19 pandemic in the UK? *JCPP Advances*, 1(1).
- Westerhof, G. J., Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17(2), 110–119.
- World Health Organization (2004). Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice. Geneva: World Health Organization.

Kristiina Kask, Eda Heinla, Marika Ratnik

Kunstiteraapilise grupitöö sobivus ja mõju vanemaealise lähedase hooldaja hoolduskoormuse ja üldise stressitaseme vähendamisel

KOKKUVÕTE

Artikkel tutvustab magistritöö raames korraldatud uurimust, mille eesmärk oli hinnata kunstiteraapilise grupitöö sobivust omastehooldajate toetamiseks ja selle mõju hoolduskoormusega toimetulekule. Hooldamise tõttu võib tekkida stress, mis kandub ka teistesse eluvaldkondadesse, seetõttu käsitleti ühtlasi kunstiteraapilise grupitöö mõju omastehooldajate üldisele stressitasemele.

Kunstiteraapilise grupitöö mõju ja sobivuse hindamiseks korraldati võrdlusgruppidega sekkumispõhine uuring. Sekkumine koosnes kaheksast seansist, mis viidi ellu nelja grupiga. Osalejad olid oma vanemaealise lähedase peamised hooldajad, kes olid iga päev seotud hooldamisega vähemalt kuue kuu jooksul. Uurimuses kombineeriti kvantitatiivset ja kvalitatiivset meetodit.

Tulemustest selgus, et kunstiteraapilise grupitöö mõjul vähenes omastehooldajatel nii hoolduskoormusest põhjustatud kui ka üldine tajutud stress, muutused olid statistiliselt olulised. Leidis kinnitust, et kunstiteraapiline grupitöö sobib omastehooldajatele: osalejad kirjeldasid selles osalemist kui võimalust luua oma mõtetes selgust ning töid välja, et nende enesehinnang oli paranenud ja sotsiaalne isoleeritus vähenes. Probleemidele suunatud sekkumistega võrreldes on kunstiteraapiline grupitöö omastehooldajale meeldivam ja lõõgastavam, seega on vaja arendada sellele sihtrühmale suunatud kunstiteraapilisi sekkumisi ning teha täiendavaid sekkumisuuringuid.

MÄRKSONAD

Kunstiteraapiline grupitöö, hoolduskoormus, omastehooldaja, stressiga toimetulek

Eesti demograafilist olukorda iseloomustab vananev rahvastik. Kodusel hooldusel on ligikaudu 0,1% kuni 65-aastastest ja 2,2% vähemalt 65-aastastest, kellede eest hoolitsevad peamiselt lähedased (Eurocarers 2020).

Varik jt (2018) on toonud välja, et lähedase hooldamine toob kaasa vaimse ja füüsilise ülekoormuse, sotsiaalse isoleerituse ja rollikonflikti, mis põhjustab ebakindluse hoolduse järjepidevuse osas. Kui ühiskonnas oodatakse

ka edaspidi omastehooldajatelt suurt panust, siis tuleks neid senisest rohkem tunnustada ja pakkuda neile igakülset tuge.

Eakate omastehooldajaid koondavad peamised organisatsioonid Eestis on MTÜ Eesti Omastehooldus ja MTÜ Elu Dementsusega. Mõlema ühingu peaesmärk on aidata lähedaste hooldajaid, võimaldades neil jagada oma kogemusi, saada infot, oskusteavet ja võimaluse korral ka psühholoogilist tuge.

Kunstiga tegelemist, sh kunstiteraapiat saab kasutada omastehooldajate toetamisel, sest kunstipõhine sekkumine aitab hoida vaimset heaolu, stimuleerides vastupidavust stressile (Catlin jt 2016; Hunt jt 2016; Kaimal jt 2019; Mondro jt 2018). Artiklis tutvustatakse Tallinna Ülikooli (TLÜ) kunstiteraapiate õppekava magistritööna tehtud uurimust¹, mille eesmärk oli selgitada kunstiteraapilise grupitöö sobivust omastehooldajate toetamiseks ja selle mõju nende hoolduskoormusega seotud stressi vähendamisele.

Teoreetilised lähtekohad

Omastehooldaja hoolduskoormus ja stress

Lähedase hooldamise keerukus oleneb kõige rohkem hoolduskohustuse olemusest, hooldatava elukorraldusest ja tervisest ning ravi ja toetavate teenuste võimalustest (Varik jt 2018). Hooldajate tervist, sh vaimset tervist võib mõjutada hoolduse kestus, maht, hooldatava seisund ja hoolduskoormusega kaasnev sotsiaalne isoleeritus. Pikaajalise hoolduse korral võib ennast kaotada, hooldajaroll muutub järk-järgult domineerivaks, hoolduskohustused muutuvad peamiseks, jättes väga vähe aega varem olulisele tegevusele.

Hoolduskoormusest põhjustatud stressi on kirjeldatud kui hooldajate negatiivset ja mitmemõõtmelist reageeringut hooldustegevusest tulenevatele füüsilistele, sotsiaalsetele,

psühholoogilistele, emotsionaalsetele ja majanduslikele stressoritele (Fekete 2015); seda on nimetatud ka omastehooldaja stressiks (Mapi Research Trust ja Zarit 2018; Zarit ja Savala 2016). Stressorite mõju leevendavad aga hooldaja isiklikud ressursid (Zarit jt 2016): sisetulek, sotsiaalne tugi, toimetulekuuskused, enesetõhusus jm. Võimaluste ja stressitekitajate tasakaal aitabki omastehooldajatel hakkama saada.

Hoolduskoormusest tingitud stressiga toimetulekut hõlbustavad sekkumised (Sörensen ja Conwell 2011) keskenduvad peamiselt hoolduskoormuse leevendamisele, oskuste ja teadmiste õpetamisele, tugirühmade pakkumisele ning psühhoedukatiivsele ja psühhoteraapilisele (enamasti kognitiivkäitumuslikule) nõustamisele.

Paljud sekkumised on olnud suunatud hooldamise negatiivse mõju vähendamisele, jättes tähelepanuta hoolduse positiivsed küljed ja nendega seotud positiivsed emotsioonid, mis võiksid suurendada omastehooldaja subjektiivset heaolu. Zarit (2012) toob välja, et oluline on aidata omastehooldajatel näha ka hoolduse meeldivat ehk positiivset poolt, et tulla paremini toime hoolduse väljakutsetega.

Folkmani (2008) arvates on siin üks võimalus tähenduse andmine (ingl *meaning making*). Selles protsessis on peamine teadmiste ja kompetentsuse suurenemine, olulise esiletoomine, stressoritega seotu ümberhindamine, enda arengu ja positiivsete elumuutuste tajumine ning mõtestatud eesmärkide seadmine. See toob esile positiivse emotsiooni ja sellel põhineva hinnangu, mis omakorda mõjutab stressikäitumist, taastab toimetulekuvarud ja motiveerib tegelema probleemi lahendamisega pikema aja vältel. Tähendusele keskendunud sekkumiste tulemused on näidanud, et märgatavalt paraneb hoolduskoormuse mõistmine ja

¹ Magistritöö autor on Kristiina Kask, juhendajad Eda Heinla ja Marika Ratnik.

eneseväärtustamine ning väheneb sotsiaalne isoleeritus (Tretteteig jt 2017).

Uuringud, mille käigus omastehooldajad osalesid mõtestatud loominguilises tegevuses (ingl *meaningful creative leisure*), on näidanud, et see aitab kaasa psühholoogilise heaolu hoidmisele ja suurendab vastupidavust hoolduskoormusest tingitud stressile (Hunt jt 2016; Mondro jt 2018).

Kunstiteraapia ja muu loovteraapia rakendamine hoolduskoormuse ja stressiga toimetulekul

WHO egiidi all 2019. aastal koostatud ülevaates kunsti mõjust tervisele ja heaolule rõhutatakse, et kunstiga tegelemine sisaldab tervist edendavaid komponente (Fancourt ja Finn 2019). Kunstiga tegelemisel aktiveeritakse sensoorsed ja kognitiivsed protsessid ning kujutlusvõime, kaasneb esteetiline elamus ja koos tegutsedes ka sotsiaalne suhtlus – kõik need komponendid võivad käivitada kunstiga tegelevas isikus psühholoogilise, füsioloogilise, sotsiaalse ning käitumusliku vastukaja, mis on omakorda seotud vaimse tervisega (Fancourt 2017).

Kunstiteraapilise grupitöö kui omastehooldajate toetamiseks sobiva meetodi kasuks räägivad uuringud, mis kinnitavad loov- ja kunstiteraapia positiivset mõju stressi korral (Kaimal jt 2019; Martin jt 2018), samuti teadmised kunstiteraapia ja grupitöömeetodi terapeutilistest toimetest (Gabel ja Robb 2017; Rankanen 2016). Grupimeetod kunstiteraapias annab võimaluse toetada sotsiaalset seotust loominguilise eneseväljenduse kaudu.

Kaimal jt (2019) uuringu järgi võimaldab isegi lühiajaline kunstiga tegelemine eemalduda stressorist ja seega langetab stressitaset, tõstab meeleolu ning suurendab enesetõhusust, aitab leida selgust iseendas olenemata kunstilisest ettevalmistusest.

Martini jt (2018) koostatud süsteemne ülevaade 37 uurimuse põhjal tõi välja loovteraapiliste sekkumiste (kunsti-, muusika-, draama-, tantsu- ja liikumisteraapia) tulemuslikkuse stressitaseme vähenemisele. Stressisümptomite vähenemine oli seotud teraapia naudingut pakkuva ja mängulise olemusega, esteetilise kogemuse ning mitteverbaalse ja sümbolite kaudu suhtlemisega.

Gabel ja Robb (2017) on välja toonud viis terapeutilist tegurit, mis kirjeldavad grupimeetodil rakendatava kunstiteraapia mõju:

- 1) eneseväljendusvõimalus sümbolite kaudu;
- 2) suhtestatud esteetika, s.o kunstitöö, selle looja ja terapeudi kolmiku suhe, kus kunstitööl on visuaalse, mitteverbaalse ja verbaalse suhtluse vahendaja roll;
- 3) kehalisus ehk oma sisemiste kogemuste teadlik tunnetamine ja jagamine kunstitöö vahendusel;
- 4) nauding ja mäng, võimalus ehedalt proovida loomist ja erinevaid kunstivahendeid;
- 5) rituaalid, s.o kindlate toimingute, sh liigutuste, sõnade, ülesannete kogumid, mis mõjutavad üksikute grupiliikmete ja kogu rühma käitumist.

Loovtegevust võivad juhendada kunstnikud, kunstiopetajad jt, kuid loovteraapiat, sh kunstiteraapiat vastava magistritasemel õppekava läbinud spetsialistid.

Kunstiteraapial põhinevate sekkumiste mõju omastehooldajate stressiga toimetulekule kinnitavad ka mõned uurimused. Näiteks Catlin jt (2016) leidsid, et vähihaige lähedase hooldajad jagasid võrreldes verbaalse vestlusega avatumalt oma emotsionaalseid vajadusi kunstiteraapilise harjutuse „Silla joonistus“ (The Bridge Drawing, Hays ja Lyon 1981) kaudu. Nimetatud temaatiline kunstitöö aitas osalejatel teadvustada hoolduskoormuse mõju ja enda rahuldamata vajadusi.

Artiklis tutvustatavas uuringus olid sekkumiste kavandamise aluseks positiivsete emotsioonide märkamine ja tähendusele suunatud toimetulek stressisituatsioonis (Fredrickson 2001; Folkman 2008). Olukorda mõtestatakse ehk sellele antakse tähendus elu tunnustamise ja sotsiaalsete sidemete väärtustamise kaudu. Seetõttu oli sekkumiste eesmärk suurendada omastehooldajate eneseteadlikkust ning vähendada nende sotsiaalset isoleeritust.

Lähtudes Folkmani (2008) ja Fredricksoni (2001) teoreetilistest konstruktidest, keskenduti selle artikli aluseks olnud uuringu kunstiteraapilises sekkumises järgmistele asjaoludele:

- 1) tähendusele suunatud toimetulekule stressisituatsioonis;
- 2) positiivsetele emotsioonidele;
- 3) sotsiaalse seotuse ja eneseväärtustamise toetamisele.

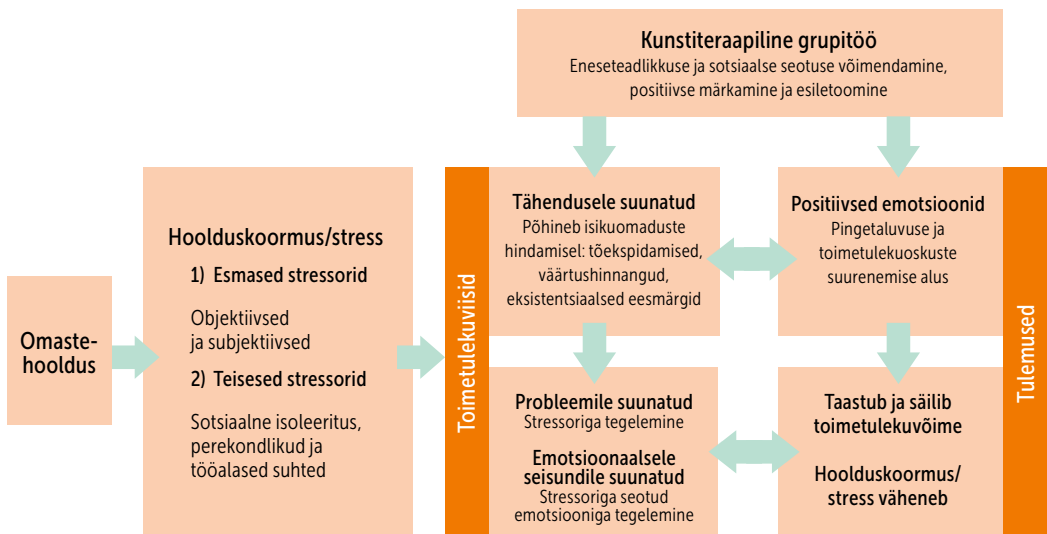
Tähenduse leidmine ja andmine ning positiivsete emotsioonide kogemine toetab probleemidele ja emotsionaalsele seisundile suunatud

toimetulekut. Raskuste korral positiivsete aspektide leidmine toetab vastupanuvõimet ja kaitseb stressi eest.

Kunstiteraapilise grupitöö seanssidel kasutatud harjutustega, mille rõhuasetus on positiivsetel aspektidel ning eesmärk toetada omastehooldajat eneseuurimise kaudu, tugevdatakse hooldaja eneseteadlikkust, sotsiaalset seotust, positiivse märkamist ja esiletoomist. Toetades hooldustegevuses tähendusele suunatud toimetulekut ja võimendades positiivseid emotsioone, on võimalik taastada või säilitada omastehooldajate toimetulekuvõime (võimekus tegeleda stressi tekitavate probleemidega, emotsionaalsete seisunditega) ning vähendada üldise stressi taset (joonis 1).

Uurimusest

Uurimistöö eesmärk oli välja selgitada kunstiteraapilise grupitöö meetodil sekkumise sobivus vanemaealise hooldatava omastehooldajatele ja selle mõju hoolduskoormuse tajumisele ning üldise stressitaseme vähendamisele.



Joonis 1. Kunstiteraapiline grupitöö omastehooldajate stressiga toimetulekuprotsessis (Kask 2020)

Hüpoteesid

- Pärast kunstiteraapilist grupitööd on omastehooldajate stressitase tajutud stressiskaalal (*perceived stress scale* – PSS) madalam võrreldes näitajatega enne sekkumist.
- Pärast kunstiteraapilise grupitööd on omastehooldajate koormuse tajumise tase ZBI-12 (Short Form Zarit Burden Interview) järgi madalam võrreldes taseme enne sekkumist.

Lisaks hüpoteesidele püstitati järgmised uurimisküsimused.

1. Kuidas omastehooldajad kogevad hooldusest tingitud koormust?
2. Milline on omastehooldajate kogemus kunstiteraapilises grupitöös osalemisel?
3. Milliste teguritega tuleks arvestada kunstiteraapilise grupitöö rakendamisel omastehooldaja hoolduskoormuse ja stressi tajumise vähendamisel?

Uurimismeetodina kasutati sekkumise põhist uurimust (Betts ja Deaver 2019), mille korral selgitatakse sekkumise mõju huvipakkuvale probleemile. Artiklis käsitletavas uurimuses on see kunstiteraapilise grupitöö mõju omastehooldajate hoolduskoormusest tingitud stressi vähendamisele. Enne grupimeetodil sekkumist koguti kvantitatiivseid andmeid (küsimustikud) ning pärast sekkumist lisaks kvantitatiivsetele ka kvalitatiivseid andmeid (intervjuud).

Uurimuses osalejate leidmiseks kasutati MTÜ Elu Dementsusega ja MTÜ Eesti Omastehooldus võrgustikku, õendushoolduskeskuste kontakte ja sotsiaalmeediat. Uurimuses osales 14 omastehooldajat. Sekkumised korraldati neljas grupis: põhi-grupp $n = 5$ ja kolm võrdlusgruppi vastavalt $n = 3$, $n = 2$, $n = 4$. Kõik osalejad olid naised, keskmine vanus 49,1 aastat, hooldatava keskmine vanus 78,7 aastat. Hooldus oli

keskmiselt kestnud seitse aastat, kõige pikem 20 aastat ja lühem kaks aastat. Peamiselt olid hooldatavad vanemad, ühel juhul vanavanem ja ühel sõber-tuttav, hooldatavate diagnoosid olid liikumispuue, dementsus, kahel juhul vähiravijärgsed komplikatsioonid.

Üldise stressi hindamiseks kasutati tajutud stressi skaala (ingl *perceived stress scale* – PSS) (Cohen jt 1983) eestikeelset versiooni (Kallasmaa 1997). Tajutava hoolduskoormuse hindamiseks kasutati „Short-Form Zarit Burden Interview“ (Bédard jt 2001) eesti keelde kohandatud küsimustikku „Zariti koormuse intervjuu lühivorm“ (ZBI-12). Küsimustik kohandati Research Trusti loal ja nende juhendi alusel (COA 2018), reliaabluse kontrollis osales 52 vanemaalise lähedase hooldajat, reliaabluskordaja Cronbachi $\alpha = 0,89$. Küsimustik sisaldab 12 küsimust või väidet, mille vastuste summeerimisel saadud skoor annab vastaja distressi ehk koormuse taseme.

Kvalitatiivse meetodina tehti pärast sekkumisi individuaalsed poolstruktureeritud intervjuud. Intervjuude eesmärk oli uurida omastehooldajate kunstiteraapilises grupitöös osalemise kogemust ja tegureid, millega arvestada kunstiteraapilise grupitöö kasutamisel kõnealuse sihtrühmaga. Sekkumiste käiku dokumenteeris uurija ka uurijapäevikus.

Uurimust hakati ette valmistama oktoobris 2018, hoolduskoormuse küsimustik (ZBI-12) tõlgiti eesti keelde ja testiti seda. Kunstiteraapiline grupitöö toimus kahes etapis. Esimese grupiga (põhi-grupp) toimusid sekkumised juunis kuni augustis 2019. Esimese grupi mõõtmistulemustega võrdlemiseks moodustati pärast esimese grupiga sekkumiste läbimist veel kolm võrdlusgruppi, nendega toimusid kohtumised oktoobris kuni detsembris 2019. Üldist stressitaset ja tajutavat hoolduskoormust mõõdeti kunstiteraapilistele sekkumistele eelnenud ja järgnenud kohtumisel. Sekkumistele eelneval

kohtumisel tutvustati uurimust, vormistati uurimuses osalemisega seotud dokumente, täideti küsimustikke ZBI-12 ja PSS, tutvuti grupiga, tutvustati grupireegleid ning arutati sekkumiste ajakava. Sekkumistele järgnenud kohtumisel tehti lisaks küsimustike ZBI-12 ja PSS täitmisele osalejatega poolstruktureeritud intervjuud.

Kõigi gruppidega tehti kaheksa teraapia-seanssi, mis toimusid ühtse plaani järgi. Eesmärgid, teemad ja kunstiteraapilised harjutused olid suunatud omastehooldaja stressi vähendamisele, eneseteadlikkuse ja sotsiaalse

seotuse võimendamisele ning positiivse märkamisele ja esiletoomisele. Tabelis 1 on toodud kunstiteraapiliste seansside näited.

Omastehooldajate hinnanguid hoolduskoormuse ja üldise stressitaseme tajumise kohta enne ja pärast sekkumisi võrreldi Wilcoxon'i märgitestiga, järeldused tehti usaldusnivool $p < 0,05$. Gruppide võrdlemiseks enne ja pärast sekkumisi kasutati programmi Statistics 25 Independent-Samples (SPSS) T-testi ja Paired Samples T-testi. Intervjuude tulemusi analüüsiti temaatilise sisuanalüüsi põhimõtetest lähtudes (Braun ja Clarke 2006).

Tabel 1. Kunstiteraapilise sekkumise seansside näited

Seansi eesmärk	Kunstiteraapiline harjutus	Aruteluteemad	Kunstivahendid
Ootuste ja eesmärkide selgitamine, loova mõtlemise stimuleerimine, eneseuurimine.	Harjutus. „Bridge Drawing with Path“ (Darewych 2013). Juhend. Kujuta sild, mis viib ühest kohast teise, see sild on ühendatud teega. Kirjuta või kujuta, kuhu tee viib. Kui töö on valmis kujuta või märgi ära, kus asud sina sellel pildil.	Kus oled praegu? Kuhu tahad jõuda? Mis sellel teekonnal sind toetab: emotsioonid, inimesed, asjad, tegevus? Kuidas tunnend ennast praegu?	Värvipliatsid, õlipastellid
Enesemääratlemine, erinevate rollidega seotud tunnete ja emotsioonide määratlemine, sotsiaalne seotuse väljaselgitamine ja väljatoomine ning valmisolek muutusteks	Harjutus. „Mina ja minu rollid elus, sh mina kui omastehooldaja“ (kohandatud R. Puhmi harjutusest). Juhend. Mõtle oma rollidele nii era- kui ka tööelus, ka omastehool-dajana. Vastavalt sellele, kui suure või kaaluka osa üks või teine neist moodustab, võta savitomp. Anna neile savitompudele kuju ja aseta kujud selle järgi, mis suhtes need kujutatud rollid omavahel on.	Missuguseid rolle kujuta-sid, mis tundeid need sinus tekitavad, kui suur osa on selles omastehooldaja rollil? Kui suur mõju sinu rollidele on sinu lähedasel, keda hooldad? Kes või mis aitab nende rollidega toime tulla, hoida tasa-kaalu? Mida muudaksid, kui see oleks võimalik?	Savi
Enesehinnangu toetamine, enese väärtustamine, õpikogemuse esiletoomine suunatuna positiivsele aspektile	Harjutus. „Mina kui omastehool-daja“ (kohandatud „Who am I?“, Buchalter 2017, 72). Juhend. Kujuta ennast omaste-hooldajana. Keskendu positiivsele, mida oled õppinud, mis on sinu tugevad küljed, mida tähendab sulle lähedase hooldamine.	Kuidas on omastehool-dajaks olemine sind inimesena kasvatanud? Tugevamaks teinud? Mida positiivset see on andnud, kuidas oled sellega leppinud, mis tähendus sellel on? Mis oskusi oled selles rollis juurde õppinud, mille üle oled uhke?	Kollaažitehnika vahendid, värvipliatsid, õlipastellid

Osalejad andsid informeeritud nõusoleku uuringus osaleda. Osalemine oli vabatahtlik ja loobumise võimalus oli ka uuringu ajal. Asjakohane info edastati osalejatele eelkohtumisel ja korrati üle pidevalt järgnevatel kohtumistel. Eelkohtumisel, mis eelnes kunstiteraapilisele sekkumisele, selgitati kunstiteraapia tööviisi, vahendeid ja teisi osalemisega seotud asjaolusid. Koguti ainult uurimisküsimustele vastuste leidmiseks ja hüpoteeside kinnitamiseks vajalikke andmeid. Isikuandmed koguti konfidentsiaalsuspõhimõtteid järgides. Andmete asjakohasus kindlustati usaldusväärsete mõõtmisvahenditega ja mõõtes vaid uurimuse seisukohast olulisi näitajaid. Andmetes tähistati uuritavad koodidega ja kõigile andmetele oli juurdepääs ainult uuringu korraldajal. Loovtööid pildistati teadustöös ja koolitustel kasutamiseks osalejate kirjaliku nõusoleku alusel. Sekkumistel järgiti loovterapeudi kutsestandardi (Kutsestandardid ... 2019) ja loovterapeudi eetika-koodeksi (ELTÜ 2019) nõudeid.

Tulemused

Hoolduskoormuse tajumine ja üldine stressitase

Sekkumistele eelnenud ja järgnenud mõõtmistulemuste analüüs näitas, et nii hoolduskoormuse tajumise kui ka üldise stressi tajumise skoor langes enamikul osalejatest. Kõigi osalejate hoolduskoormuse tajumise keskmine tulemus ZBI-12 skaalal enne sekkumist oli $M = 30,9$ ($SD = 6,2$), pärast sekkumist $M = 23,8$ ($SD = 6,9$); üldine stressitase PSS-skaalal oli enne sekkumist $M = 32,6$ ($SD = 8,1$), pärast sekkumist $M = 24,5$ ($SD = 6,9$). Mõlema skaala muutused olid statistiliselt olulised ($p < 0,05$). Eespool toodud näitajad tõusid vaid ühel osalejal ja ühel osalejal jäi üldise stressi tajumise skoor samaks.

Kõigis gruppides tajuti hoolduskoormuse langust sekkumise jooksul (muutused olid statistiliselt olulised, $p < 0,05$). Esimese

(põhigrupp) ja neljanda võrdlusgrupi hoolduskoormuse tajumine erines statistiliselt oluliselt nii enne sekkumist kui ka pärast sekkumist (vastavalt $p < 0,01$ ja $p < 0,05$). Põhigrupi ja teise võrdlusgrupi ning põhigrupi ja kolmanda võrdlusgrupi võrdluses statistiliselt olulisi erinevusi hoolduskoormuse tajumises ei ilmnenu. Üldine stressitase ei erinenud üheski grupis enne ega pärast sekkumist.

Uurimuses kasutatud skaalade ZBI-12 ja PSS tulemuste analüüsist selgus, et hoolduskoormuse ja üldise stressitajumise seos oli enne kunstiteraapilist grupitööd tugevam ($r = 0,897$; $p < 0,01$) kui pärast seda ($r = 0,643$; $p < 0,05$).

Omastehooldajate kogemus

Omastehooldajate kunstiteraapilises grupitöös osalemise kogemuse kirjeldus põhineb osalejatega tehtud intervjuude kvalitatiivsel sisuanalüüsil.

Ootus kunstiteraapiale. Enamik osalejaid liitus kunstiteraapilise grupitööga uudishimust, et teada saada, mida kunstiteraapia kujutab ja kas see võib tõesti stressi vähendada või kuidagi toetada hoolduskoormusega toimetulekut. Samuti osaleti soovist teha lihtsalt midagi muud, lülitada ennast välja.

Intervjuudest kumas läbi osalejate ettevaatlikus ja skeptilisus uue ning tundmatu tegevuse vastu, N13: „... *ma mitte otseselt selle mõttega, et maailm saab paremaks ja probleemid saavad lahendatud, aga ... et teha midagi teistmoodi* ...“

Kõik osalejad kinnitasid esialgset pelgust joonistamise suhtes, N3: „... *no kompleksid olid sellepärast, et ma ei ole joonistaja* ...“ Ebakindlus oma joonistamisoskuses oli mõnelegi osalejale kuni kunstiteraapiliste sessioonide lõpuni pingesallikaks, N9: „... *see oli pingutus, ... see niisama ei tulnud, ... see oli raske*.“

Mitme intervjuueeritava ootus kunstiteraapiale oli seotud eelkõige ootusega terapeudi sekku-misele, N2: „... *et tuleb, annab hinnangu, ... et see on, millega ma pean tegelema hakkama, ... et terapeut ütleks, mis mu viga on, kus ma saan muutuda.*“

Grupitöö kogemus. Kõik osalejad mainisid, et eelistavad pigem grupitööd kui individuaal-terapiat. N5: „... *aga see minigrupp oli tore ja mul oli alati hea tulla ...*“ Grupitöö peamise kasutegurina toodi välja kuuluvustunne, sest teistel grupi liikmetel on sarnased problee-mid ning kogeti nende mõistmist ja toetust. N13: „... *kui sa oma kogemust jagad, et keegi noogutab üle laua, et ta teab, mida ma mõtlen, et ma ei pea isegi oma lauset lõpetama ...*“

Teistega oma kogemuse jagamist peeti teadmisi ja oskusi laiendavaks, mõnel juhul lohutavaks, et ei olda probleemidega üksi, N6: „... *see, et grupis leiad kinnitust, et teis-tel on samad mured, tegi asja lihtsamaks.*“ Rõhutati grupiliikmete omavahelise sobivuse tähtsust, N7: „... *aga grupis osalejad peavad ka klappima, muidu ei tunne ennast hästi.*“ Mõned intervjuueeritavad andsid soovitusi, et osalejate hooldatavatel võiks olla sarnane diagnoos ja sarnane haiguse raskusaste, et oleks lihtsam teistega probleeme jagada ning üksteist mõista.

Eneseteadvustamine ja stressi vähenda-mine. Osalejad tõid välja loovtöö tähtsuse enda avamisel, N2: „... *see loovtöö nagu tõmbab sinust välja selle, mida sa muidu ei räägiks ...*“, ja jagamise käivitajana, N5: „... *et sa ei pea kobe kõike jagama ... Ma arvan, et see on hea vorm viia inimesi kokku sellisel n-ö algul nagu neut-raalsel pinnal, ... et sa ei ole sunnitud sisenema kobe sellesse jagamise meeleolusse ...*“

Loovtööd aitasid osalejatel oma mõtetes selgust luua. N9: „... *need joonistused panid nagu järele mõtlema, et ma pean hooldamise*

käigus ikka säilitama iseennast, teadvustama endale seda oma probleemi ja raskust, siis saan edasi liikuda ...“

Kunstiteraapilises grupitöös osalemist peeti oluliseks sammuks, et mõista: enda jaoks on vaja aega võtta, N4: „... *see oligi minu asi, kodus ma ütlesin, et nüüd ma lähen sinna, ma pean sinna minema, et vot nüüd nii ongi ... praegu jäi söök siia keema ja nüüd vaatad sina. Ja vot nii ongi ...*“

Hakati end tunnustama omastehooldaja rollis. N8: „... *ma ikka praegu väärtustan ennast ja mul on midagi kuklas ka, et see tagasi ei tuleks ...*“ Kunstiteraapilises grupitöös osale-mise kogemust kirjeldati ka kui jõudu andvat ja enda väärtustamist esile tõstvat. N12: „... *ma tunnen, et ma olen rahulikum, et ma saan aidata, see andis positiivset energiat juurde ...*“

Saadi aru, et hooldamiskoormust võib jagada. N13: „... *see oli nagu valgustav või selline selgust loov, et ma ei pea olema üksi, ... et seda vastutust saab jagada ...*“

Samuti kirjeldati oma varasemast rahuliku-mat suhtumist. N8: „... *ma suudan ennast ise talitseda ega läinud enam närvi.*“

Osalejad leidsid, et kunstiteraapilises grupi-töös osalemine on andnud jõudu probleemi-dega tegeleda, uusi lahendusi leida, olenemata sellest, et hooldusest tingitud koormus ei ole muutunud. N3: „*Ma tunnen, et mul on kuidagi lihtsam see asi, muidu oli vahel nagu ummikus olemise tunne, et lahendust ei ole, et kõik on minu kukil. Aga nüüd näed neid val-guskiiri, kuidas oleks mingeid lahendusi, teisi ka leida. See on nagu uus minu jaoks, et on veel teisi lahendusi ...*“

Üks intervjuueeritav kirjeldas osalemist küll meeldiva kogemusena, kuid nentis, et ei mõistnud teraapia mõtet: N4 „... *ega ma sellest ei saa ikka aru, mida see kunstiteraapia mulle nagu andis, see saab siin nüüd läbi ja mul on kurb, et mul enam polegi seda minu asja, ... see oligi nagu see, oh, kurat küll, et*

mis, ole seal kodus, seal poleks midagi sellist asja pidanud mõtlema ...“

Seansside ülesehituse, tehnikate ja kunstivahendite sobivus. Kõik intervjuueeritavad tõid välja kunstiteraapiliste seansside struktureeritud ülesehituse sobivuse juba esimesel korral, sest see õpetas enda vabastamist mõtetest. N3: „... *lihtsalt joonistamist võid ju kodus ka teha ja siis hakkavad mõtted jooksema ...“* Või juba edaspidi, kui esmatutvus kunstiteraapiaga tehtud, N5: „... *võib-olla selleks, et ennast vabalt hakata väljendama, pead sa siiski olema juba mingi aeg seda teinud, s.o sama nagu improviseerida on väga raske, kui sul pole materjali, mille pealt improviseerida ...“*

Tehnikatest oli kollaaž paljudele uus kogemus, seda kirjeldati kui huvitavat moodust piltide kaudu oma mõtetega tegeleda. N3: „... *et sealt tuli nii palju erinevaid asju ja need sai kokku sobitada, et ise poleks selliste asjade peale tulnudki. Pilt aitas seoseid leida ...“*

Savitöö tekitas osalejates vastandlikke tundeid: ühed kirjeldasid savi kui sensoorselt meeldivat ja rahustavat materjali, N2: „... *see näppude vahel, sõrmede tunnetus, see savi silitamine ja hõõrumine, ... see oli huvitav, see ka tegelikult rahustas, mõnes mõttes olid kuskil mujal ...“*, teised kui jäika ja ebameeldivat materjali.

Erinevate materjalide ja tehnikate kasutamisest saadi inspiratsiooni edaspidiseks loovtegevuseks ning nähti selles võimalust hetkeks probleemidest eemalduda. N9: „... *on tegelikult hea mõte, kas või lihtsalt kritseldada või lihtsalt võtta plokk ette ja midagi teha, see ei pea ju olema mingi kunstiteos, aga lõõgastav on see küll, ... see on nagu väljaliitumise moment ...“*

Omastehooldejatega kunstiteraapilise grupitöö rakendamise tegurid

Tegurite kirjeldamiseks kasutati grupitöös osalejate otsimise käigus saadud andmeid,

uuringu märkmeid ja intervjuudes jagatud mõtteid. Materjalide analüüsimisel saadi järgmised kategooriad ja alateemad:

- 1) grupis osalevate omastehooldejate leidmist mõjutavad tegurid (arusaam omastehooldest ja omastehooldejaks olemisest; eelarvamused vaimse tervise probleemide kohta; abivajaduse tunnistamine; loovteraapia, sh kunstiteraapia vähene tundus; terapeudi oma kogemus);
- 2) kunstiteraapilise grupitöö kestus.

Uuringusse osalejate leidmisel tekitas mitmel osalejal segadust see, kas ikka vastatakse omastehooldaja määratlusele: näiteks ei oldud kindel oma omastehooldaja staatuses, sest seda ei olnud kinnitanud kohalik omavalitsus. Samuti tekitas segadust stressi määratlemine ja seda seostati vajadusega arsti määratud ravi järele: näiteks ei peetud vajalikuks grupiga liituda, kui pole vaja ravimeid võtta. Mitu osalejat pidasid grupis kaasalöömist keerukaks ülekoomatuse tõttu, sest hoolduskohustuste kõrval ootasid ka pere ja tööga seotud kohustused. Mainiti lihtsalt füüsilist ja vaimset kurnatust, mis tegi koduseinte vahelt lahkumise raskeks. N13: „... *ajaliselt tegi mulle see sellepärast keeruliseks, et kui oli muid asju ka, siis ma mõtlesin, et miks ma selle kohustuse ka veel võtsin, siis ma ei peaks täna minema, ... et lihtsalt, kui kõik asjad ajaliselt kokku jooksevad siis ...*

Osalejad tõid korduvalt välja, et teadmine sekkumiste elluviija (uuriija) kogemusest omastehooldejana lihtsustas neil rühmaga liitumist, sest suurendas usaldust ja end tunti turvaliselt. Leiti, et lisaks toimunud kunstiteraapilistele seanssidele võiksid kohtumised sisaldada mõningast psühhoedukatiivset või kogemusnõustamise osa ning mõnel kohtumisel võiksid osaleda ka hooldatavad. Üks osaleja tegi ettepaneku lisaks kunstiteraapiale lõimida sekkumistesse ka teisi loovteraapia suundi: tantsu- ja muusikateraapiat.

Pooled osalejatest tõid välja, et kaheksa korda kunstiteraapilisi sekkumisi on liiga vähe ja sooviti, et sekkumine oleks pikaajalisem. N2: „... nüüd, kus on väike kogemus olemas, nüüd ma tahaksin, et järgmine etapp ... oleks samm edasi ...“ Esialgsest kõhklevast hoiakust hoolimata kirjeldasid kõik intervjuueeritavad, kes rohkem, kes vähem, osalemist kui rikastavat kogemust, mida soovitatakse kindlasti teistele endaga samas olukorras inimestele.

Uurimuse peamine piirang oli, et puudus võimalus kontrollida omastehooldajate hoolduskoormuse tajumise ja üldise stressitaseme vähenemise püsivust pikema aja jooksul. Teise piiranguna võib välja tuua väikest valimit, mis ei võimalda teha üldistusi kogu sihtgrupi kohta. Edaspidistes sarnastes uuringutes tuleks kaasata suurem valim ja välja selgitada ka sekkumise pikaajaline mõju.

Arutelu

Artikli aluseks olnud uurimuse tulemused näitasid, et pärast kunstiteraapilist grupitööd vähenes omastehooldajatel nii hoolduse tajumine koormusena kui ka üldine stressitase. Kogu valimi arvestuses olid erinevused enne ja pärast sekkumist statistiliselt olulised. Vaid ühel osalejal suurenes nii hoolduskoormuse tajumine kui ka üldise stressi tase ja ühel osalejal jäi üldine stressitase samaks. Põhigrupi võrdlusel võrdlusgruppidega ei ilmnunud olulisi erinevusi, mis oleksid viidanud kunstiteraapilise grupitöö sobimatusele. Hoolduskoormuse tajumine oli nii enne kui ka pärast sekkumisi tugevalt seotud üldise stressitasemega. Mõlemal juhul oli seos statistiliselt oluline. Sekkumiste järel muutus see seos aga veidi nõrgemaks. Muutus võis olla tingitud sellest, et uurimistöös rakendatud sekkumised olid seotud pigem omastehooldajate hoolduskoormusega toimetuleku toetamise kui üldise stressitaseme vähendamisega. Üldist stressitaset võisid mõjutama jääda teised tegurid, mis ei olnud hooldustegevusega otseselt seotud.

Osalejate kirjeldused kinnitasid eelnevates uuringutes väljatoodut, et tajutav hoolduskoormus on suuresti seotud hooldaja ja hooldatava isikuomadustega, hooldusoludega ning omavaheliste suhetega (Zarit jt 2016). Omastehooldajate stressi teket mõjutavad hooldustegevusest tingitud emotsionaalsed, füüsilised ja sotsiaalsed asjaolud ning hooldusega seotud probleemid muutuvad aja jooksul pidevalt (Varik jt 2018). Toimetulekut toetab hooldaja positiivne suhtumine hooldusprotsessi, tugivõrgustik ja valmisolek seda kasutada.

Osalejad ei toonud otseselt välja, et nende hoolduskoormus ja üldine stressitase oleks kunstiteraapilise grupitöö mõjul vähenenud, kuid nenditi üldist heaolu suurenemist ning rahulikumat suhtumist ümbritsevasse. Eneseuurimine loovtöö käigus ja sellele järgnenud vestlus aitas leida selgust oma mõtetes. See omakorda parandas emotsionaalset enesekontrolli, pani märkama oma vajadusi ja nägema võimalust jagada hoolduskoormuse raskust. Rahulikum hoiak ja hinnang olukorrale aitas parandada suhteid hooldatavaga ja suurendas enesega rahulolu ning enesekindlust. Sarnaselt varasemate uuringute tulemustega (Hunt jt 2016; Tretteteig jt 2017) toetas ka tähenduse leidmise püüd ning positiivsete emotsioonide märkamine enda identiteedi väärtustamist nii hooldajana kui ka väljaspool seda rolli.

Kõige kõrgemalt hinnati aga grupitöö kogemust. Oluliseks peeti seda, et osalejatel olid sarnased probleemid ja väljakutsed, mis toetas nende jagamist ja lahenduste leidmist. Positiivsete kogemuste kõrval toodi välja ka n-ö vastuolulisi kogemusi. Näiteks ei toetatud alati rõhuasetust positiivsele ega isiklikele tugevatele külgedele ja oskustele. Grupiprotsessides ilmnnes see nii loovtööde tegemisel kui ka nendest jutustamisel. Vastuseisust hoolimata kinnitas enamik osalejaid, et kunstiteraapia grupis osalemisega jäädki rahule, saadi teadlikumaks

enesetõhususest, eneseväärtustamisest ja sotsiaalse seotuse tähtsusest.

Huvitav vastuolu ilmnes ka mõõtmistulemustes ja intervjuudes jagatud arvamustes. Osalejad, kelle mõõtmistulemused näitasid hoolduskoormuse tajumise ja üldise stressitaseme mõningast suurenemist või muutuse puudumist, kirjeldasid grupitöö kogemust väga meeldiva ja heaolu suurendavana. Teistel, kes väljendasid intervjuudes kunstiteraapilise grupitöö sobimatust ja ootustele mittevastamist, langes mõõtmistulemuste põhjal hoolduskoormusest tingitud ja ka üldise stressitase. Seega võib kunstitöö tegemine ja selle vaatlemine ning mõtestamine suurendada eneseteadlikkust. Ebameeldivate emotsioonide ja teemade käsitlemine selle käigus võib aga hoida stressitaseme muutumata.

Kunstiteraapilise grupi mõju võib vähendada osaleja soovimatus ennast uurida, kuid grupp pakub sotsiaalset toetust ja võimaldab ajutiselt eemalduda hooldamisest, mis võib toimida stressi alandavalt. Vastuolulised kogemused võisid olla tingitud ühelt poolt osaleja soovist saada abi, kuid siiski hoida kinni harjumuspärasest toimetulekuviisist, näiteks soovist vältida ebaõnnestumist, ebameeldivaid emotsioone või väärarvamusi grupis.

Sarnaselt varasemate omastehooldajatega tehtud uuringutega (Baker jt 2018; Mondro jt 2018) oli keerukas osalejaid leida. Kunstiteraapia grupis osalemist peeti liiga suureks väljakutseks, peamiselt hoolduskohustuste ja muude ülesannetega koormatuse tõttu. Samuti nimetati vähest loovust ega peetud end osalemise kriteeriumidele vastavaks. Nende hirmude korral on abi loovteraapia (kunstiteraapia, tantsu- ja liikumisteraapia, muusika- ning draamateraapia) tutvustamisest. Samuti sellest, kui lõimida loovteraapiline tegevus omastehooldajatele pakutavate teiste toimetulekut toetavate programmide ja tegevusega. Osalemist toetab ka näiteks

intervallhoolduse (sh päevahoid) kättesaadavus, mis võimaldaks omastehooldajal ajutiselt eemalduda hooldamisest ja tegeleda iseenda vajadustega. Vaatamata vahel ilmnunud vastuseisule ja kogetu vastuolulisusele, pidasid kõik osalejad kunstiteraapilist grupitööd heaks võimaluseks endaga tegeleda ning olid valmis soovitama seda teistele samas olukorras inimestele.

Kahjuks ei võimaldanud uuringu ajaraamistik mõõta omastehooldaja hoolduskoormuse tajumise ja üldise stressitaseme vähenemise püsivust pikema aja jooksul. Seetõttu ei saa kindlat väita, et tähenduse leidmisele ja positiivsetele emotsioonidele suunatud kunstiteraapiline grupitöö taastab inimese toimetulekuvarud ning kindlustab hakkamasaamise pikema aja jooksul.

Kunstiteraapilise grupitöö mõju omastehooldajate toimetulekule ei ole Eestis teadaolevalt varem uuritud. Siinkohal kirjeldatud uurimuse tulemused annavad oma osa ja teevad mõningase sissejuhatuse järgnevale kunstiteraapilist või laiemalt loovteraapilist sekkumist käsitlevatele uuringutele konkreetse sihtrühmaga. Näiteks oleks huvitav uurida, kuidas sobitub kunstiteraapia tugi-grupi korral või kavandada kunstiteraapiline tegevus nii, et hooldajaga on kaasatud ka hooldatav. Samuti võiks keskenduda omastehooldajate eri rühmadele hooldatava diagnoosi alusel, mis teadaolevalt on üks hooldust tugevalt mõjutav tegur. Selgitada tuleks, kas kunstiteraapilisel sekkumisel võib olla pikaajalise mõju, sest omastehoolduse korral tekitab stressi just hoolduse kestus ja määramatus.

Kokkuvõtvalt

Uurimuse tulemuste alusel võib kunstiteraapilist grupitööd pidada sobivaks teraapiliseks sekkumiseks omastehooldaja hoolduskoormuse ja üldise stressiga toimetuleku

toetamisel. Mõju tuleneb loomingulisest protsessist ja selle käigus loodud töö enesekohasest mõtestamisest, seetõttu võib kunstiteraapiline grupitöö olla meeldivam ja lõõgastavam sekkumisviis, võrreldes ainult probleemidele suunatud sekkumisega. Seega on igati asjakohane, kui omastehoolajate katusorganisatsioonid toetaks

sarnase terapeutilise tegevuse rahastustaotlusi. Omastehoolajatele on väga teretulnud ka kohalike omavalitsuste toetus, mida võib pakkuda individuaalselt või rühmas. Teraapilise tegevuse juhendajaid leiab Eesti Loovteraapiate Ühingu või Tallinna Ülikooli kunstiteraapiate õppekava üliõpilaste ja õppejõudude koostöös. 

Viidatud allikad

- Baker, F.A., Stretton-Smith, P. A., Clark, I. N., Tamplin, J., Lee, Y-E.** (2018). A group therapeutic songwriting intervention for family caregivers of people living with dementia: A feasibility study with thematic analysis. *Frontiers in Medicine*, 5(151).
- Bédard, M., Molloy, D. W., Squire, L., Dubois, S., Lever, J. A., O'Donnell, M.** (2001). The Zarit Burden Interview: a new short version and screening version. *Gerontologist*, 41(5), 652–657.
- Braun, V., Clarke, V.** (2006). Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology* 3(2), 77–101.
- Betts, D. J., Deaver, S. P.** (2019). Art Therapy Research: A practical guide. New York; London: Routledge.
- Buchalter, S. I.** (2017). 250 brief, creative & practical art therapy techniques. Eu Claire: PESI Publishing & Media.
- Carolan, R.** (2001). Models and paradigms of art therapy research. *Art Therapy Journal of the American Art Therapy Association*, 18(4), 190–206.
- Catlin, A., Ford, M., Maloney, C.** (2016). Determining family needs on an oncology hospital unit using interview, art, and survey. *Clinical Nursing Research*, 25(2), 209–231.
- Cohen, S., Kamarck, T., Mermelstein, R.** (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396.
- COA.** (2018). Linguistic validation guidance of a clinical outcome assessment (COA). Mapi Research Trust.
- Darewych, O. H.** (2013). Buliding bridges with institutionalized orphans in Ukraine: An art therapy pilot study. *The Arts in Psychotherapy* 40, 85–93.
- ELTÜ** (Eesti Loovteraapiate Ühing). (2019). Eetikakoodeks. <https://loovteraapiateyhin.wixsite.com/elty/eetikakoodeks> (27.01.2022).
- Eurocarers.** (2020). Country -profiles. <https://eurocarers.org/country-profiles/estonia/> (27.01.2022).
- Fancourt, D.** (2017). Arts in Health: Designing and researching interventions. Oxford: Oxford University Press.
- Fancourt, D., Finn, S.** (2019). What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review. WHO Regional Office for Europe. Health Evidence Network (HEN) synthesis report 67. Cataloguing-in-Publication (CIP) data.
- Fekete, C.** (2015). Caregiver burden. Teoses: J. D. Wright, J. D. (Toim.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 2nd edition, Volume 3 (135–138).
- Folkman, S.** (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, Stress, & Coping*, 21(1), 3–14.
- Fredrickson, B. L.** (2001). The role of positive emotions in Positive Psychology. The Boarden-and-build theory od positive emotions. *American Psychologist*, 3, 218–226.
- Gabel, A., Robb, M.** (2017). (Re)considering psychological constructs: A thematic synthesis defining five therapeutic factors in group art therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 55, 126–135.

- Hays, R., Lyons, S.** (1981). The bridge drawing: A projective technique for assessment in art therapy. *Arts in Psychotherapy*, 8(3–4), 207–217.
- Hunt, B., Truran, L., Reynolds, F.** (2018). “Like a drawing of breath”: Leisure-based art-making as a source of respite and identity among older women caring for loved ones with dementia. *Arts Health*, 10(1), 29–44.
- Kaimal, G., Carroll-Haskins, K., Mensinger, J. L., Dietrich-Hartwell, R., Manders, E., Levin, W. P.** (2019). Outcomes of art therapy and coloring for professional and informal caregivers of patients in a radiation oncology unit: A mixed methods pilot study. *European Journal of Oncology Nursing*, 42, 153–161.
- Kask, K.** (2020). Kunstiteraapilise grupitöö sobivus ja mõju vanemaealise lähedase hooldaja hoolduskoormuse ja üldise stressi taseme vähendamisel. Magistritöö. Tallinn: Tallinna Ülikool.
- Kumu kunstimuuseum (2020). Taaskohtumine Kumus. <https://kumu.ekm.ee/?s=Taaskohtumised>
- Mapi Research Trust, Zarit, S. H.** (2018). Zarit Burden Interview Version 1.0. Scaling and scoring version 6.0.
- Martin, L., Oepen, R., Bauer, K., Nottensteiner, A., Mergheim, K., Gruber, H., Koch, S. C.** (2018). Creative arts interventions for stress management and prevention- A systematic review. *Behavioral Sciences*, 8(28).
- Mondro, A., Arbor, A., Connell, C. M., Li, L., Reed, E.** (2018). Retaining identity: Creativity and caregiving. *Dementia* 0(0), 1–16.
- Sörensen, S., Conwell, Y.** (2011). Issues in dementia caregiving: effects on mental and physical health, intervention strategies, and research needs. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(6), 491–496.
- Zarit, S. H., Savala, J.** (2016) Caregivers and stress. Raamatus: Fink, G. (toim.) Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior. Handbook of Stress, Volume 1.
- Zarit, S. H.** (2012). Positive aspects of caregiving: More than looking on the bright side. *Aging & Mental Health*, 16(6), 673–674.
- Tretteteig, S., Vatne, S., Rokstad, A. M. M.** (2017). Meaning in family caregiving for people with dementia: a narrative study about relationships, values, and motivation, and how day care influences these factors. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 10, 445–455.
- Varik, M., Saks, K., Medar, M.** (2018). Dementsusega inimeste ja omastehooldajate vajadused. *Sotsiaaltöö*, 1, 30–39.

Loe artikli ingliskeelset kokkuvõtet veebist www.tai.ee/et/sotsiaaltoe/kunstiteraapilise-grupitoe-sobivus-ja-moju-vanemaealise-lahedase-hooldaja.

AUTORID

Kristiina Kask, MSc

loovterapeut OÜs Tarbatu Tervisepark, uurib kunstiteraapia mõju hoolduskormusest tingitud stressile.

Eda Heinla, PhD

Tallinna Ülikooli emeriitdotsent, uurimisvaldkonnad: loovus kunstiteraapias ja hariduses.

Marika Ratnik, PhD

kunstiteraapia lektor Tallinna Ülikoolis. Peamised uurimisvaldkonnad: kunstiteraapia meetodite rakendamine eri sihtgruppidega ja selle mõju.

Alustas sotsiaalvaldkonna taskuhääling



Detsembris alustas Eesti Sotsiaaltöö Assotsiatsioon (ESTA) oma taskuhäälinguga Sotsiaalhääling. Saatejuhid on Kelli Ilisson ja Brigitta Öunmaa.

Eesmärk on populariseerida sotsiaalvaldkonna tööd, luua tänapäevane platvorm, kust tulevased ja praegused sotsiaalvaldkonna töötajad ning teised huvilised saaks ammutada infot ja ideid.

Sotsiaalhäälingu idee tekkis praktilisest vajadusest: Eestis on suurepärane erialajakiri, mida lugeda, kuid puudub laiapõhjaline *podcast*, mida kuulata. Usinad taskuhäälingute kuulajad Kelli ja Brigitta tundsid sellest puudust. Õnneks läks ideega kaasa ka ESTA. Tänapäeva kiire elutempo ja tegemiste kõrval on *podcast* info ammutamise väga hea võimalus, näiteks saab kuulamise suurepäraselt ühendada sportimise, koristamise, auto-bussi-rongisõidu või lihtsalt jalutuskäiguga.

Sotsiaalvaldkonnas on oluline osa saada kolleegide ideedest ja kogemustest, neid mõista ja mõtestada. Tihti aga napib muude tööde-tegemiste kõrvalt aega sisulisteks laiemateks aruteludeks. Taskuhääling pakub võimaluse arendada nii mõnusat diskussiooni kui ka seda kuulata. See loob võimaluse tutvuda valdkonna inimestega ja saada osa nende mõtetest ning tegemistest. Näiteks esimeses saates rääkis Jane Väli, kuidas hoida rohkem ennast ja toetada ka kolleege. Teises saates aga aitas Jaan Aps mõtestada mõju hindamist sotsiaalvaldkonnas ja tõi välja praktilised võimalused koos näidetega.

Saadete külalised ongi erineva taustaga põnevad ja inspireerivad inimesed, kellega koos arutletakse sotsiaalvaldkonna arengu ning võimaluste üle. Eelkõige soovitakse tekitada lahenduste leidmisele suunatud arutelusid. Räägitakse asjalikult sellest, mida on vaja arendada, kuid ka unistatakse ja mõeldakse loovalt. Sotsiaalvaldkonnas on väga palju ägedaid inimesi, keda järjest saatesse külla kutsuda!

Mõtteid selle kohta, mida sotsiaalhääling võiks kajastada, või soovist ise külalisena üles astuda saab teada anda sotsiaalhaaling@gmail.com.

Sotsiaalhäälingut toetatakse Euroopa Liidu Sotsiaalfondi meetmest „Tööturul osalemist toetavad hoolekandeteenused“.

ESTA juhatuse esimees Sirlis Sõmer-Kull: „ESTA peab oluliseks sotsiaaltemadel oluliste arutelude tõstatamist nii valdkonna töötajate hulgas kui ka laiemalt ühiskonnas. Mul on väga hea meel, et Kelli ja Brigitta sotsiaalhäälingu mõtte peale tulid ja selle ESTA-le välja pakkusid. ESTA on koht, kus valdkonna heaks midagi ära teha soovivad inimesed saavad oma ideid realiseerida. Oleme avatud ja aitame ellu viia iga hea algatuse sotsiaalala töötajate kogukonna heaks.“

VEEBILOOD

Ajakirja Sotsiaaltöö veebilehel www.tai.ee/sotsiaaltöö saab lugeda ka neid artikleid, mis ei ole avaldatud paberil.

Statistika. Tugiisikuteenuse osutamine aastatel 2016–2020. *Sotsiaalministeeriumi analüüsi- ja statistikaosakond*

Statistika. Väljaspool kodu osutatav üldhooldusteenus, 2016–2020. *Sotsiaalministeeriumi analüüsi- ja statistikaosakond*

Metoodika. Nõustamisoskuste koolitus tööks alkoholisõltuvusega inimestega. *Krista Mägi, Jaan Saar, Anni Sarv, Lauri Pihkva*



2022. aasta sotsiaalala töötajate ja valdkonda panustajate pidulik tunnustusüritus toimub 15. märtsil Jõhvi Kontserdimajas.

Üritust kantakse üle veebi vahendusel ja seda saab ka järelle vaadata.

Kava ja registreerimise info avaldatakse

Eesti Sotsiaaltöö Assotsiatsiooni kodulehel www.eswa.ee.

Üritust rahastatakse Euroopa Liidu Sotsiaalfondi meetmest „Tööturul osalemist toetavad hoolekandeteenused”.

