

...sest hingeüksindus
on igavene...

Kui Uku Masinguga kord UFO-dest ja teistest tsivilisatsioonidest juttu tuli, ütles ta nagu muu seas ja väga hariliku häälega: "See võib ju kõik kusagil olla, kuid tegelikult on inimene maailmaruumis siiski väga üksik..."

Vahest sellest poetatud fraasist alates hakkasin (või taipasin hakata) arvestama üksindust kui fenomeni. Nüüdseks olen siis vahel teadlikult, vahel alateadlikult jälginud inimesi juba pea kolmkümmend aastat ka sellest aspektist.

Kui esimest korda lugesin Exupery' "Väikest Printsit", siis ajas tema kohtumine kõrbelillega, kes oli elus näinud ainult viit-kuut inimest, ja needki läksid temast mööda kord kolme aasta eest, mind lihtsalt naerma. Väike Prints tegi järelduse, et "kõrbes ollakse kuidagi väga üksik...", ja kõrbelill vastas (kunagi paigast saamata) elutargalt: "Üksik ollakse ka inimeste juures."

Pärast Uku-poetatud lausekest omandas ka see episood mu jaoks uue tähenduse. Ja naerma enam ei ajanud.

Saatust tahtis, et jäin läbi ühe episoodi (jalaoperatsioon) pooleks aastaks sund-abituks: kipsid-kargud ja kõik sellest tulenev. Sain teada, kui vähe on tegelikult maailmal vaja mind ja kui väga vajan mina maailma ja teisi inimesi. Päevade kaupa ootas, et keegi astuks läbi või helistaks. Ikka olid ainsaks helistajaiks ja astujaiks vaid mu truu naabrinaine Sirje, kes küsis, mida poest vaja on, tõi puid ja aitas ahjusid kütta, omad lapsed või siis need inimesed, kellel oli mu nõu või abi vaja (inimest neli poole aasta jooksul)... Mõni käis niisama oma rasket saatust kurtmas või oma üksindust välja valamas: tal oli vaja väljundit, ärakuulajat, mõistjat (inimest kolm poole aasta jooksul).

Paar-kolm päeva tegin närvi kindlaks ja ei võtnud ise kellegagi kontakti, siis aga tundsin, et hakkas üksindusest hulluks minema ja haarasin telefonitoru. Mu üksinduse piirituse tummadeks tunnistajateks jäävad üüratud telefoniarved. Ja mõned rõõmsad poeesid väljamõeldud Vanaemaga (vt. ka mappi "Laulud laialilaotamiseks" 2002)...

Loomulikult tegin ka väljasõoste oma üksindusest, kui jalg vähegi lubas. Ja nägin enda ümber veel suuremaid üksindusi. Üksindusi abielupaarides. Üksindusi emas ja lapses. Üksindusi rahva seas. Üksindusi armastajates. Suuri Üksiolijaid kohvikus, kus kõik lauad hõivatud, seismas ja otsimas silmsidet teise üksindusega, kellega oma üksindust (vaikides?) jagada. Isegi prügikasti-inimesed tegutsevad (vähemalt Kärddlas ja Tallinna südalinnas) üksinduses.

Kui nüüd artikli alguses toodud moto juurde tagasi tulla, võiks ju mõnel agaral inimesel tulla näiteks mõte moodustada kas Üksinduse Partei või Üksildaste erakond, siis kujuneks see ilmselt kõige suuremaks.

Või on meie ühiskond üldse hetkel nii depressiivne, et kõik rabelevad oma üksindusest välja kõnelemise teel, ühtki juttu ei räägita lõpuni, möödarääkimine kasvatab iseennast ja kuulajaid jääb järjest vähemaks.

Ei tea, ei tea.

Ave Alavainu
Kirjanik

Rahvastiku tervisepoliitika aastani 2010

Ain Aaviksoo

Sotsiaalministeeriumi rahvatervise osakonna juhataja kt.

Tervis on suurim väärtus. Selle väitega on ilmselt enamus inimestest nõus, pidades silmas üksikisikut, eelkõige iseennast. Aga ühiskonna jaoks? Enne sellele küsimusele vastamist tuleks kokku leppida, mida õigupoolest mõista sõna "tervis" all, kuna tänases Eestis on arusaam tervisest inimeseti üsnagi erinev. On inimesi, kes tõlgendavad tervist peamiselt haiguse puudumisena või siis olukorrana pärast haigusest tervenemist, kuid Maailma Terviseorganisatsiooni tasemel on kokku lepitud, et **tervis on parim võimalik vaimse, füüsilise ja sotsiaalse heaolu tase** (<http://www.who.int/aboutwho/en/definition.html>). Just sellisest definitsioonist lähtub ka *Rahvastiku tervisepoliitika aastani 2010* ning selle alusel kujundatav tervisestrateegia.

Seega siis heaolu ehk "üleüldine õnnetunne", nagu mõned irooniliselt märgivad. Kuigi järele mõeldes pole selliselt seatud eesmärk ju sugugi paha. Iseasi, kuidas seda saavutada.

Aga mida tähendab "parim võimalik ... heaolu tase"? Parim võimalik tase on selline, mille saavutamine sõltub inimese enda valikutest ja tegevusest kuid on oluliselt määratud või mõjutatud ka välistest teguritest, mida üksikisik praktiliselt mõjutada ei saa.

Kõik me saame sündides kaasa lähtekapitali, mis on määratud osalt geenide, osalt raseduse kulgemise, osalt sünnituse õnnestumise ja osalt keskkonna poolt, kuhu me sattusime. Edasi on kogu elu üks katkematu ahel otsustustest ja valikutest, mida teeme ise või mida tehakse meie eest.

Tervisepoliitika – milleks?

Tervisepoliitika on vaadete ja väärtuste süsteem, ühiskondlik kokkulepe tervise väärtustamiseks ning strateegiliste tegevussuundade määramiseks ja sellel eesmärgil ühiskonna kõikide sektorite ja otsustustasandite kaasamine rahvusliku ressursi arendamisse.

Milleks seda vaja on? Sest inimeste tervist mõjutab tänapäeval peale tervishoiupoliitika vähemalt samavõrd, kui mitte enamgi majandus-, rahandus-, tööhõive-, sotsiaal-, haridus-, põllumajandus-, keskkonna- ja regionaalpoliitika. On oluline, et universaalse, või kui soovite, siis põhiseadusliku väärtusena käsitletaks tervist iga valdkonna ja taseme plaanide ja otsuste tegemisel. Seda kinnitab ka Euroopa Liidu Amsterdami lepingu artikkel 152.

Tervisepoliitika püüab sõnastada üldrahvaliku kokkuleppe, mille kohaselt ühiskond ja üksikisik väärtustab tervist kui prioriteeti kõikide valikute ja otsuste puhul ning tegutseb sihipäraselt tervise taseme tõstmise nimel *Rahvastiku tervisepoliitikas* sõnastatud printsiipidest ja strateegilistest suundadest lähtudes.

Juba olemasoleva poliitilise dokumendi alusel töötatakse välja ka sellele vastav riiklik tervisestrateegia koos iga strateegilise suuna konkreetsete eesmärkide ja indikaatoritega, mille järel esitatakse see kokkulepetekst Riigikogule.

Rahvastiku tervisepoliitikas esitatud strateegilised suunad on välja töötatud paljude ekspertide ja sotsiaalministeeriumi töötajate üle aasta kestnud intensiivse töö tulemusena. Eraldi on tähelepanu pööratud kõige haavatavamatele rahvastiku rühmadele – lastele, vanuritele ja puuetega inimestele.

Rahvastiku tervisepoliitika aastani 2010 pakub välja järgmised eesmärgid ja suunad:

“Rahvastiku tervisepoliitika ja selle alusel kavandatava tegevuskava üldeesmärgiks on kogu ühiskonnas tervise väärtustamine esmase prioriteedina, et saavutada inimeste elukvaliteedi tõus ning püsiv langustendents rahvastiku haigestumises ja suremuses”, kõlab dokumendi praegune sõnastus. On vaieldud selle üle, kas ülddokumendis sõnastatud eesmärk peaks sisaldama ka oodatava keskmise eluea numbrilist indikaatorit, kuid hetkel ei ole suudetud ühtki pakutud arvu ratsionaalselt põhjendada, mistõttu see on jäetud järgmiste diskussioonide objektiks.

Tervisepoliitika elluviimiseks tuleb lähtuda järgmistest strateegilistest suundadest:

Sotsiaalse kapitali kasvatamine (sotsiaalsete võrgustike areng, solidaarsuse suurendamine, kolmanda sektori areng) ja sotsiaalse tõrjutuse vähendamine.

Tervist väärtustava ühiskonna kujunemine eeldab positiivseid sotsiaalseid suhteid, solidaarsust ja ühiskondlikku aktiivsust, millega tagatakse sotsiaalne ja individuaalne vastutus enda ja lähikondlaste tervise eest. Kokku moodustab see sotsiaalse kapitali, millel on positiivne mõju ka riigi majandusarengule. Hea tervise saavutamisele ja paremale elukvaliteedile orienteeritud sotsiaalse infrastruktuuri areng on võtmeks ka sotsiaalse tõrjutuse vähendamisel.

Võrdsete võimaluste tagamine eluga toimetulekuks kergesti haavatavatele elanikkonna gruppidele (lapsed, vanurid, puuetega inimesed jt).

Ühiskonna igas kihis on vaja tähelepanu pöörata kergesti haavatavate gruppide vajadustele. Nende rahuldamise eelduseks on turvatunde tagamine, sotsiaalne tunnustus, st olla ühiskonnas võrdväärne teistega, mis on saavutatav sotsiaalse õigluse ja võrdsete võimaluste loomise teel. Praktiliseks väljundiks on nimetatud gruppide laialdane kaasamine tervist toetavasse programmilisse tegevusse.

Laste tervisliku arengu võimaluste tagamine.

Iga ühiskonna esimeseks prioriteediks peab olema tervisliku lapsepõlve tagamine lastele. Perekonna kui ühiskonna alusinstituutsiooni väärtuste taastamine ja nende igakülgne riiklik toetamine ning stimuleerimine on rahvastiku jätkusuutlikkuse nurgakivi. Vaid perekond on suuteline panema aluse lapse tervise arengule. Kohandatud tööhõive rakendamine väikelaste vanematele, mis vähendaks nende eemalviibimist oma lastest, samuti väikelastega töötavate emade koju jäämine oleks selles asjas positiivne. Toetades laste tervise arengule suunatud tegevusi ja riiklikke programme, teeme investeringu laste füüsilise, emotsionaalse ja sotsiaalse potentsiaali arendamisse ja sellel on pikaajaline positiivne mõju tervisele. Rasketes sotsiaal-majanduslikes tingimustes kasvavatele lastele tuleb leida täiendavaid toimetulekuvõimalusi.

Tervise säilimist ja paranemist soodustava füüsilise ja psühhosotsiaalse keskkonna tagamine.

Elukeskkond mõjutab tervist kas soodustavalt või kahjustavalt. Nakkushaiguste ennetamine, kvaliteetse joogivee ja toidu- ning tarbekaupade olemasolu, õhusaaste vähendamine ja muude väliskeskkonna, töö ja olmetingimuste tagamine peab toimuma sihipäraselt ja süsteemselt. Välistest põhjustest tingitud vigastuste erakordselt suure arvu tõttu on nende vähendamiseks vaja riiklikku programmi.

Tervislike valikute ja eluviisi soodustamine.

Tervislike valikute tegemise kohta oskusteabe levitamine ja tervisliku eluviisi soodustamine nõuab tervisekasvatuse süsteemi väljaarendamist ja psühhoaktiivsete sõltuvusainete (alkohol, tubakas ja narkootikumid) kättesaadavuse ning tarbimise vähendamist sellesuunaliste programmide kaudu. Tasakaalustatud toitumine ja kehalise aktiivsuse suurendamine on endiselt prioriteediks parema tervise saavutamisel.

Vajadustest lähtuva, õiglase ja efektiivse tervishoiusüsteemi arendamine.

Tervishoiusüsteemi reform nõuab perearstisüsteemi järjekindlat edasiarendamist, igale elanikule sellele juurdepääsu tagamist, eriarstiabi- ja haiglaravi, samuti taastus-, hooldus- ja koduravi väljaarendamist. Tähelepanu nõuab ka ravikindlustuse efektiivsuse ning kindlustatute osakaalu suurendamine.

Dokument "*Rahvastiku tervisepoliitika aastani 2010*" on kättesaadav sotsiaalministeeriumi koduleheküljel ning avatud diskussiooniks. Strateegia koostamise töögrupid on juba alustanud tööd, esimesi konkreetseid tulemusi on oodata sügiseks.

Rahvastiku tervisepoliitika ja –strateegia koostamine ei toimu üksnes ilusa dokumendi valmimise nimel. See on protsess, milles saab osaleda igaüks, kes seda soovib.

Lastekaitse strateegia eesmärk - toimiv lastekaitse süsteem**Alar Tamm**

Lastekaitse Liidu juhataja

Eestis on lastekaitse korraldamise aluseks alates 1. jaanuarist 1993 kehtiv *lastekaitse seadus* ning Riigikogu poolt ratifitseeritud ÜRO *lapse õiguste konventsioon*, millele toetuvad laste, noorte ja nende vanemate tegevusvaldkondi käsitlevad õigusaktid.

Lastekaitse seaduse vastuvõtmisest möödunud aja jooksul on lastekaitstes hakanud kehtima arvukalt olulisi seadusi, konventsioone ja muid normatiivakte, mille arvestamine on lastekaitse praktilisel elluviimisel hädavajalik. Tänapäevaks on Eesti ühinenud või kavatses lähiajal ühineda mitmete tunnustatud rahvusvaheliste organisatsioonidega, mille standardite järgimine on edaspidi Eesti riigile kohustuslik.

Tabel 1. Laste olukord aastal 1995 ja 2000

aasta	1995	2000
arvele võetud vanemliku hoolitsuseta ja riiklikku hoolekannet vajavaid lapsi	1135	1227
sh neid, kelle vanematelt on ära võetud vanemlikud õigused	155	291

Viimastel aastatel Eestis läbi viidud uuringud on näidanud, et laste olukord on halvenenud:

- allpool absoluutse vaesuse piiri elab 100 000 kuni 15-aastast last
- suurenenud on vanemliku hoolitsuseta laste arv
- halvenenud on laste juurdepääs kvaliteetsele haridusele
- laste võimalused tööhõive eri vormidega tutvumiseks ja tööharjumuse omandamiseks on minimaalsed
- riskirühma noortel vanuses 16-24.a on suuri raskusi tööturule jõudmisel
- infovahetus ja koostöö lastekaitse valdkonda kuuluvate institutsioonide vahel on reguleerimata
- vastutuse piirid lastekaitse eri tasandite vahel ei ole selgelt määratletud
- lastekaitsele eraldatud riigieelarvelised summad ei ole vastavuses töö mahuga ega arvesta tegelikke vajadusi
- ÜRO lapse õiguste konventsiooni rakendusaktid vajavad täiendamist
- lastega töötavate inimeste pädevus ei ole piisav
- laste vaba aja veetmise võimalused on piiratud, samuti ka laste rahalised võimalused neile mõeldud teenuste kasutamiseks

Eelpool loetletust lähtuvalt vajab Eesti aktiivset, tulemuslikku ja täpset tegevuskava, nii kontseptuaalset kui ka strateegilist lähtealust, kindlustamaks parem tulevik igale lapsele. 2001. aasta septembris kutsuti kokku Lastekaitse Liidu algatusel ja sotsiaalministeeriumi toetusel töörühm, et koostada lastekaitse efektiivsuse tagamiseks ühistel põhimõtetel toimiv tegevuste kava. Töörühma ja ekspertgrupi liikmete hulka kuulus esindajaid erinevatest eluvaldkondadest, nagu õigussüsteemist, tervishoiust, haridusest, lastekaitsest, ülikoolidest ja ministeeriumitest.

Eesmärkide saavutamisel on tähtis orienteeritus lastele ja peredele. Kava läbivaks teljeks laste õiguste tagamisel on *Lapse õiguste konventsiooni* neli põhiprintsiipi:

- **õigus elule ja arengule**: lapsel on sünnipärane õigus elule ja maksimaalsele võimetekohasele arengule
- **tegutsemine lapse huvides**: igas last puudutavas ettevõtmises peavad olema esikohal lapse huvid
- **võrdõiguslikkus**: seadusega on sätestatud õigused igale lapsele sõltumata tema soost, vanusest, rahvusest jm tunnustest
- **osalus**: igal lapsel on õigus vabalt väljendada oma vaateid kõikides teda puudutavates küsimustes ning tal on õigus ärakuulamisele, kusjuures tema vaateid hinnatakse vastavalt tema vanusele ja küpsusele.

Sotsiaalministeeriumile 6. mail 2002 üle antud dokument *Eesti lastekaitse strateegia aastateks 2003-2005* arvestab eeltoodud printsiipe ning püstitab eesmärgid kolmes valdkonnas:

- lapse põhivajadused
- lapse erivajadused
- lapse vajadus perekonna, kogukonna ja keskkonna toetuse järele.

Pikaajalisteks eesmärkideks lapse põhivajaduste valdkonnas on tagada juurdepääs haridusele ja igakülgne arstiabi kõigile Eesti Vabariigis elavatele lastele. Samuti on eesmärgiks suurendada noorte konkurentsivõimelisust tööturul.

Lapse erivajadusi käsitleva osa eesmärkideks on vähendada vaesuses või vaesusriskis elavate laste arvu, tagada kasvatuslike erivajadustega lastele võrdsed võimalused ühiskonnaelus osalemiseks ning rakendada meetmed lastele ohvriabi andmiseks.

Osa "Lapse vajadus perekonna, kogukonna ja keskkonna toetuse järele" toetab kahe eelpool nimetatud valdkonna eesmärkide täitmist. Selle põhisisuks on lapsesõbralik arengukeskkond ja tulemuslik lastekaitse korraldamise süsteem.

Eesti lastekaitse strateegia on vajalik, kuna Eestis on siirdeperioodil kujunenud terav vajadus muudatuste järele lastekaitse süsteemis. Lastekaitse strateegia võtab arvesse sotsiaal-majanduslikke ja rahvuslik-kultuurilisi aspekte ning on aluseks laste- ja perepoliitikale. Lastekaitsekontseptsioon kätkeb endas sihipäraseid ennetus- ja sekkumismeetmeid lastekaitse kõikidel tasanditel, et toetada laste võimalusi optimaalseks arenguks.

Kui sotsiaalministeerium on dokumendi kinnitanud, esitatakse see valitsusele. *Eesti lastekaitse strateegia* on aluseks lastekaitse tegevussuundade ja lastekaitsealase koostöö tugevdamisele üle kogu riigi. Loodame, et dokument paneb aluse lastekaitsealase tegevuse planeerimisele ja korraldamisele Eestis. Ühiskonna arengu jaoks on vaja, et suureneks lastekaitsealase ja lapse õiguste kaitsega seotud tegevuse mõistmine, et määratletaks eri institutsioonide ülesanded selles töös, kavandataks töö etapid ja selleks vajalike ressursside maht.

Lastekaitse strateegia väljatöötamise töögrupp jätkab tegevust. 2002. aasta sügisel alustatakse täpsema tegevuskavaga ja täiskasvanutele ning lastele suunatud lastekaitsealaste tekstide publitseerimisega.

Eesti lastekaitse strateegia aastateks 2002-2005 on kättesaadav internetis-rahvastikuministri büroo ja Lastekaitse Liidu koduleheküljel www.lastekaitseliit.ee. Ootame konstruktiivset kriitikat dokumendi täiendamiseks.

HIV/AIDSi ennetamise programmi tegevussuunad 2002

Aire Trummal

Programmijuht

Käesoleval aastal käivitus HIV/AIDSi ennetamise riiklik programm aastateks 2002-2006. Uue programmi juhtasutuseks on Eesti Tervisekasvatuse Keskus, mille juures töötab juhtkomitee. Programmi kaastäitjaks on Tervisekaitseinspeksioon (TKI), kus ennetustegevust teostab inspeksiooni üks osakond - AIDSi Ennetuskeskus.

Programmi eesmärgid

HIV/AIDSi ennetamise programm on püstitanud kaks põhieesmärki:

- HIV/AIDSi progresseeruva leviku peatamine
- HIV-nakatunutele kvaliteetse viirusevastase ravi ning teiste tervishoiu- ja sotsiaalteenuste tagamine

Alaesmärkide kaudu on esile toodud järgmised suunad:

- HIV-i ja teiste sugulisel teel levivate haiguste ennetamise alase teadlikkuse suurendamine ja riskikäitumise vähendamine noorte hulgas
- HIV-i nakatumise vähendamine ohustatud rühmades
- HIV-i testimise ja nõustamise tagamine kõigile soovijatele
- HIV-positiivsete isikute hõlmamine ennetustegevuse, hoolduse ja ennetava raviga
- doonorivere, -kudede ja -elundite nakkusohutuse tagamine
- HIV-nakkuse epidemioloogilise seire ja analüüside korraldamine.

Programmi koostööpartnerid

Eelmise programmiga võrreldes on käesolevas senisest enam tähelepanu pööratud koostööle eri institutsioonide vahel. Lisaks programmi elluviimise eest vastutavale sotsiaalministeeriumile on programmi koostööpartneriteks haridus-, justiits-, kaitse- ja siseministeerium ning kohalikud omavalitsused. Programmi ellu viivad ministeeriumid töötavad käesoleval aastal välja oma valdkonna HIV/AIDSi ennetustegevuse kavad.

Riikliku alkoholismi ja narkomaania ennetusprogrammi eeskujul on alustatud koostööd HIV/AIDSi programmi ja maavalitsuste vahel, et maavalitsuste terviseedendajate võrgustiku vahendusel soodustada paikkondlikku tegevust ja jõuda kohalike omavalitsusteni. Töötame selle nimel, et ka igal maakonnal oleks oma HIV/AIDSi ennetustegevuse arengukava.

Käesoleva aasta tegevussuunad

Anonüümne testimine ja nõustamine

Programmi raames teostatakse anonüümset ja tasuta süüfilise ning HIV-i testimist ja testieelset ning -järgset nõustamist viies TKI AIDSi Ennetuskeskuse anonüümsetes kabinetis Tallinnas, Pärnus, Tartus, Narvas ja Kohtla-Järvel. Töötab AIDSi usaldustelefon.

Antiretroviirusravi

Täna saavad antiretroviirusravi kõik HIV-nakatanud, kes seda meditsiinilistel näidustustel vajavad. Programm katab suurema osa ravimite maksumusest. (Ülejäänu katab Haigekassa.)

Töö ohustatud rühmades

Töös ohustatud rühmadega on täna esmaseks prioriteediks süstivad narkomaanid. Riskikäitumise vähendamiseks on oluline pakkuda informatsiooni ja nõustamist sellest, kuidas käituda endale ja teistele ohutult. Narkomaanide nõustamine ja süstalde vahetamine toimub 12 süstlavahetuspunktis, millest suurem osa paikneb Ida-Virumaal. Käesoleval aastal avati uus punkt Tapal. Süstlavahetusprogrammi toimub hetkel Hasartmängumaksu Nõukogu finantseerimisel ning TKI AIDSi Ennetuskeskuse spetsialistide juhtimisel ja nõustamisel.

Et vältida HIV-nakkuse levikut süstivate narkomaanide subpopulatsioonist väljapoole, on väga oluline ennetustegevus noorte seas. TKI AIDSi Ennetuskeskuse spetsialistid peavad loenguid koolides, HIV/AIDSi teemalise infoboksiga osaletakse eelkõige noorte massiüritustel. Maikuu toimus ennetuskeskuses koostöös Eesti Pereplaneerimise Liiduga I-V klasside tervisenädal. Analoozne üritus toimub detsembris ka VI-XI klasside õpilastele.

TKI AIDSi Ennetuskeskus on osaline MTÜ Future eestvõttel korraldatavas narkomaania ja AIDSi vastases kampanias "Positiivne case". Koos organiseeriti noortele suunatud heategevuskontsert AIDSi ohvrite mälestuspäeval 19. mail. Aasta teisel poolel on korraldamisel infopäevad mitmes maakonnas "Stopp AIDS maratoni" nime all.

Seiresüsteemi kujundamine

Käesoleval aastal on plaanis HIV/AIDSi seiresüsteemi uuendamine, mille juures pööratakse erilist tähelepanu käitumusliku seire arendamisele riskikäitumise jälgimiseks nii ohustatud rühmades kui üldpopulatsioonis. Soovime välja töötada ka monitooringu- ja hindamissüsteemi programmitöö protsessi ja efektiivsuse jälgimiseks. Püüdleme selle poole, et programm omaks võimalikult täielikku ülevaadet olukorrast, mis aitaks planeerida edasist tegevust ja operatiivselt reageerida muutuvrasituatsioonis.

Programmi eesmärkide täitmisel on ülimalt oluline järjekindel koostöösuundade arendamine nii programmi elluviimisega otseselt seotud institutsioonide kui ka teiste koostööpartneritega, laiendamaks HIV/AIDSi ennetustegevuses osalejate ringi.

Eesti Tervisekasvatuse Keskus: <http://www.tervis.ee>

Tervisekaitseinspeksioon: <http://www.tervisekaitse.ee>

TKI AIDSi Ennetuskeskus: <http://www.aids.ee>

Suitsiidiohvri lein: olukord Eestis

Airi Värnik, MD.PhD.

Eesti-Rootsi Suitsidoloogia Instituudi juhataja, TÜ sotsiaalteaduskonna professor

Karmel Saveljev, BA

TÜ sotsiaaltöö eriala lõpetanu 2002

Kairi Kõlves, MA

Eesti-Rootsi Suitsidoloogia Instituudi teadur

Enesetapp ei lõpe kunagi, ka mitte surmaga, enesetapp jätab alati jälje mahajääjatele, enesetappimine hülgab, süüdistab, mõistab hukka ja jätab teised inimesed alatisse teadmatusse (Jouko Lönnqvist).

Suitsiidileina spetsiifika

Suitsiidisurma leina iseärasused on kaasaegses suitsidoloogias suhteliselt uus arengusuund. Uuringud on näidanud, et eri surmapõhjuste puhul on lein erinev. Suitsiidisurma lein on enamasti eriti valulik ning traumeeriv kogemus, mida veelgi raskendavad suitsiidi ümbritsevad kultuurilised, religioossed ja sotsiaalsed tabud. Sel puhul on tavalised leinareaktsioonid sügavamad ning lisaks täheldatakse nähtusi, mis tavalise leina puhul puuduvad ja mis leina komplitseerivad.

Suitsiidisurm tabab leinajat enamasti ootamatult, on ebaloomulik ja õudusttekitav. Kuna tihtipeale leiab suitsiid aset kodus, on keegi lähedastest sageli ka lahkunud leidja. Sellest traumeerivast kogemusest tulenev ängistus ja piinavad mälopildid jäävad leinajaga tihtipeale pikaks ajaks.

Esmareaktsioon ootamatule on tavaliselt šokk ja toimunu eitamine. Vähehaaval tungib pinnale tegelikkuse tajumine, kaotusvalu ja ahastus. Edasi järgnevad leina staadiumid, kus esiplaanil on enesesüüdistus, seejärel laieneb see tunne lahkunud surmas teiste süüdistamisele. Võib kaasneda ka hirm, et suitsiid peres võib korduda või isegi tekkida soov olla surnud.

Leinaja kehalised, käitumuslikud, emotsionaalsed ja sotsiaalsed reaktsioonid võivad püsida kuid ja aastaid. Lõpuks saabub rahunemine ja leppimine enda, teiste ja olukorraga. Kriisist läbi tulnud inimene on küpsem ja tugevam. Ent suitsiidiohvri leina puhul on oht, et leinaprotsess komplitseerub.

Suitsiid mõjutab kõiki, kes olid kontaktis lahkunuga. Leina sügavus ja intensiivsus sõltub katkenud suhte iseloomust. Ekspert hinnangul mõjutab iga enesetapp tugevalt viit kuni kümnet inimest. Kui lisada ka need, kellega suitsident oli pindmisemas kontaktis, siis see arv mitmekordistub.

Suitsiidi korral ilmneb eriti tugev vastutustunne lähedase surma pärast, mistõttu leinajat vaevab lakkamatult küsimus "miks" ning sellega kaasuv lõppematu analüüs, millel on väga tugev emotsionaalne varjund. Leinajat piitsutab enesesüüdistus, hüljatuse ja hüljatusest johtuv väärtusetuse tunne. Lähedase suitsiidi kahandab leinajate võimet usaldada ning see kandub taagana või vähemalt kõhkclusena järgmistesse suhetesse.

Kuna kultuurilises kontekstis on suitsiidi tänapäevani teatud määral müstiline surm, siis on suitsiidiohvri leinamisel emotsioonide spektris tihtipeale märgistatuse-, häbi- ja piinlikkuse tunne. Tõrjutuse ja kaaslaste poolt mahajäetuse tundel on sageli ka tegelik alus. Fooni nimetatud tunneteks loovad nii leinaja enda kartused, tema suhtlusest tagasitõmbumine kui ka tegelik sotsiaalse toetuse vähenemine, sest inimesed tõepoolest tunnevad kohmetust suitsiidiohvri leinajaga suhtlemisel. Kõik see kokku võib viia leinaja enesehävitusliku käitumise eri vormideni, isegi suitsiidini.

Esimene suitsiidiohvri leinajate uuring Eestis

Alljärgnevalt refereeritav töö on Eestis esimene suitsiidisurma leinajaid käsitlev uurimus. Algmaterjalina kasutati Eesti-Rootsi Suitsidoloogia Instituudi andmebaasi, mis koostati sotsiaalministeeriumi rahvatervise sihtprogrammi projekti 99-38 "Välispõhjustest tingitud surmad ja vaimse vastupidavuse kujundamine" ühe alajaotuse "Suitsiidid Eestis 1999: lahkunud ja leinajad" raames. Projekti selles osas rekonstrueeriti psühholoogilise autopsia meetodil 1999.a. suitsiidi sooritanute elukäik, surma üksikasjad ja suitsiidi võimalikud riskifaktorid. Uuringus järgiti delikaatsete isikuandmete kaitse reegleid.

Psühholoogilise autopsia (kreeka k. *lahang*) kui uurimismeetodi võttis kasutusele ja nimetas analoogselt surmajärgse keha lahanguga E. Schneidman (1981), sest see toob nähtavale ka seni varjul olnud protsessid. Töömahuka ja laiahaardelise meetodi oluline osa on süvaintervjuu lahkunule lähedaste inimestega, peamiselt pereliikmetega. Täiendavalt kasutatakse eri ametkondade dokumente ja muud kirjalikku materjali.

Intervjuu suitsidendi lähedastega viisid läbi vastava ettevalmistuse saanud piirkondade psühhiaatrid või psühholoogid ajavahemikul 2-6 kuud pärast suitsiidi. Instrumendiks oli Soomes välja töötatud ja Eesti oludele kohandatud 8-osaline küsimustik, mis pööras tähelepanu ka leinajate seisundile.

Eesti Statistikaameti andmetel sooritas 1999.aastal suitsiidi 469 isikut (32,5 suitsiidi 100 000 elaniku kohta). Ühtekokku õnnestus läbi viia 427 suitsiidijuhtumi psühholoogiline süvauuring, mis moodustab 91% kõigist 1999. aasta suitsidentidest, kellest 80% (343) olid mehed ja 20% (84) naised. Meessuitsidendid olid enamasti keskealised, 33% kuulus vanusgruppi 25-44 ja 31% vanusgruppi 45-60 eluaastat. Naissuitsidentidest 45% olid üle 60 aasta vanused inimesed.

Leinajate subjektiivne hinnang enesetundele

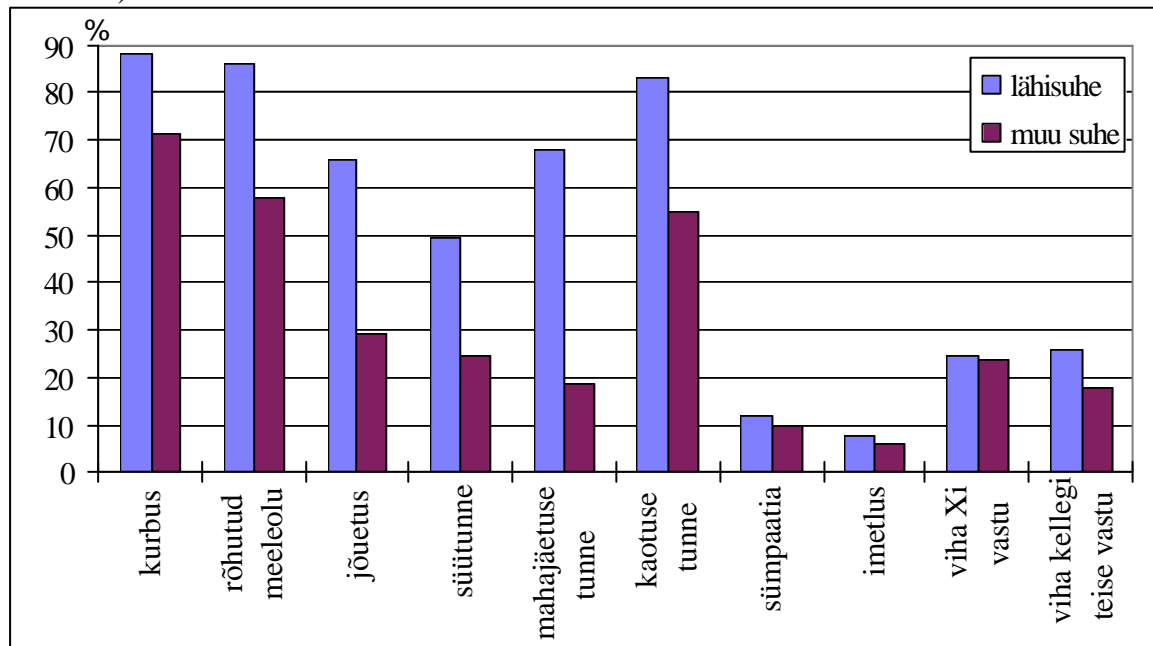
Intervjueeritud jagati andmeanalüüsis kahte gruppi: lähisuhte kandjad ja muu suhte kandjad. Uuritutest oli 320 isikut (75%) lähisuhte kandjad, kelle hulka arvati esimese astme sugulased, nendest 27% suitsidentide abikaasad, 21% emad ja 20% lahkunu lapsed. Muu suhte kandjaid esindasid hõimlased, kaugelt sugulased, töökaaslased, naabrid jne.

Kuigi nii lähi- kui muu suhte kandjate hulgas esines kõige enam isikuid, kes hindasid oma seisundi rahuldavaks (48% - lähisuhe; 42% - muu suhe), siis neid, kelle seisund oli halb (33% - lähisuhe; 13% - muu suhe) või äärmiselt halb (10% - lähisuhe; 1% - muu suhe) oli oluliselt enam lähisugulaste hulgas.

Kuna lein on kriitiline emotsionaalne seisund, siis oli põhjust välja selgitada just emotsioonide spekter ja selle variandid. Oma emotsioone väljendas spontaanselt suhteliselt vähe leinajaid ja seda mõlemas grupis (58% - lähisuhe; 51% - muu suhe). Kui intervjueerija ise nimetas küsimustikus välja toodud emotsioone ja palus intervjueeritaval vastata, kas need emotsioonid seoses lähedase inimese (edaspidi X) suitsiidiga segasid tema igapäevaelu, siis selgus, et enam kui 80% lähisuhte kandjatest esines kurbust, rõhutud meeleolu ja kaotuse tunnet.

Need tunded esineid kõige sagedamini ka muu suhte kandjatel, kuid suitsiidendiga lähisuhtes olnud inimestel esines oluliselt sagedamini mahajäetuse ja süütunnet ning jõuetust. Osal leinajatest esines vastuoluliste tunnete kombinatsioone: sümpaatiat ja imetlust suitsiidendi suhtes, aga ka viha lahkunu või kellegi teise vastu (joonis 1).

Joonis 1. Seoses X-i surmaga intervjueeritu igapäevaelu häirinud emotsioonid (jah vastused)



Tabelisse 1 on võetud ainult lähisugulased, 320 intervjueeritavat, kellest 73% olid naised ja 27% mehed. Intervjueeritud naiste seisund oli nende hinnangul pärast lähedase suitsiidi mõneti raskem meestega võrreldes, kuid suitsiidi mõju hindasid ühtviisi negatiivseks nii mehed kui ka naised.

Tabel 1. Lähisugulaste hinnang oma seisundile pärast lähedase inimese suitsiidi lähtuvalt intervjueeritava soost

Seisundi iseloomustus	mehed		naised	
	arv	%	arv	%
Seisund hea, probleeme pole	6	7	9	4
Seisund rahuldav, probleeme pole	44	51	110	47
Seisund halb, palju probleeme	23	26	83	36
Seisund äärmisel halb, tohutult probleeme	7	8	25	11
Infot ei saanud	7	8	6	3
Kokku	87	100	233	100

Abi nõutamine ja saamine

Abi nõutamise ja saamise suhtes puudutasid küsimused perekonda ja professionaalset abi. Leinajad olid X-i enesetapuga kaasnenud tunnetest rääkinud perekonnaringis või lähedaste sõpradega 74% juhtudest lähisuhte ja 62% muu suhte puhul. Vaimset toetust lähedastelt hindasid lähisuhte kandjad piisavaks 52% ja ebapiisavaks 22% juhtudest ning mingisugust lohutust ei saanud lähedastelt tervelt 20% intervjueeritutest. Ligi pool intervjueeritutest, kellel ei olnud suitsiidendiga lähisuhet, tunnistas, et ei saanud lähedastelt abi ning 41% sai toetust piisavalt (Tabel 2).

Tabel 2. Vaimne toetus leinajatele ja muu suhte kandjatele neile lähedastelt inimestelt

Abi ja toetuse ulatus	Lähisuhe		Muu suhe	
	arv	%	arv	%
Mitte mingisugust abi	65	20	50	47
Toetust on saadud, kuid see polnud piisav	70	22	8	7
Saadud toetus on olnud piisav	167	52	43	40
Infot ei saanud	18	6	6	6
Kokku	320	100	107	100

Professionaalset abi ei pidanud vajalikuks ligi pool lähisugulastest; veerand arvas end vajavat abi, kuid ei taotlenud seda; 8% otsis abi, kuid ei saanud seda piisavalt ja 16% otsis abi ja oli saadud abiga rahul. Muu suhte kandjatest ei pidanud abi vajalikuks ligemale 80%; abi vajati, kuid ei otsitud - 9%, abi vajati ja saadi - 7% (Tabel 3).

Tabel 3. Vajadus professionaalse psühholoogilise abi järele

Abivajaduse jaotumine	Lähisuhe		Muu suhe	
	arv	%	arv	%
Ei vajanud professionaalset abi	156	49	85	79
Abi vajati, kuid seda ei püütud saada	78	24	10	9
Abi otsiti, kuid seda ei saadud piisavalt	25	8	1	1
Abi otsiti ja saadi piisavalt	50	16	7	7
Infot ei saanud	11	3	4	4
Kokku	320	100	107	100

Tabelis 4 on ära toodud soospetsiifiline abivajaduse jaotus, millest nähtub, et naised tunnistasid enam vajadust professionaalse abi järele ja ka otsisid abi enam kui mehed.. Professionaalset abi püüdis leida 28% naistest ja ainult 11% meestest.

Tabel 4. Vajadus professionaalse abi järele lähtuvalt intervjueeritud lähisugulase soost

Abivajaduse jaotamine	mehed		naised	
	arv	%	arv	%
ei vajanud professionaalset abi	57	66	99	43
abi vajati, kuid seda ei püütud saada	18	21	60	26
abi otsiti, kuid seda ei saadud piisavalt	1	1	24	10
abi otsiti ja saadi piisavalt	9	10	41	18
infot ei saanud	2	2	9	4
Kokku	87	100	233	100

Spontaanselt väljendasid oma emotsioone enam naised ning ka küsitlus üksikute emotsioonide kaupa kinnitas naiste tugevamat emotsionaalsust. Oluliselt enam esines naistel viha suitsidendi vastu, süütunnet, viha kellegi teise vastu, mahajäetuse tunnet, sümpaatia ja ka imetlust.

Ootuspäraselt oli leinajate seisund märgatavalt raskem, kui lahkunu kuulus alla 45-aastaste vanusrühma, võrreldes vanema vanusrühmaga. Noorema vanusgrupi suitsidentide lähedastel esines kõiki vaadeldud emotsioone sagedamini vanema vanusgrupi suitsidentide leinajatega võrreldes, välja arvatud sümpaatia ja imetlus, mida ilmnes mõnevõrra enam vanema eagrupi suitsidenti leinavas grupis.

Statistiliselt oluliselt esines noorema vanusgrupi suitsidentide leinajatel enam viha kellegi teise vastu, süütunnet, rõhutud meeleolu, kurbust, aga ka viha suitsidendi vastu. Professionaalset abi vajasisid ja otsisid märkimisväärselt sagedamini noorema vanusgrupi suitsidentide leinajad.

Kokkuvõtteks

Ulatuslikus emotsioonide spektris, mida leinaja suitsiidi puhul üle elab, on lisaks tavaleina puhul esinevatele tunnetele eriti kurnavaid nüansse, nagu süütunne, mahajäetuse ja hüljatuse tunne ning vastuoluliste tunnete kombinatsioone, nagu viha, sümpaatiat ja imetus. Ning lõppematu piinav küsimus MIKS. Eeltoodu tingib selle, et suitsiidisurma lein on pikaajaline ning sel on tendents komplitseeruda.

Professionaalse abi vajaduse ja selle kasutamise kohta saime teada, et ligemale pool leinajatest arvas end professionaalset abi mitte vajavat (meestest 66%), veerand vajanuks, kuid ei püüdnud seda leida, 8% otsis abi, kuid ei saanud seda piisavalt ning vaid 16% oli saanud abiga rahul. Kommenteerides ülaltoodut peame soovitavaks kõnealuse eriliselt traumeeriva leina puhul levitada teavet, et leinaprotsessi juhtimine kõrvalist abi kasutades taastab leinajate elukvaliteedi kiiremini ja väldib komplikatsioone, see aga omakorda esitab nõudeid abi kvaliteedile ja kättesaadavusele.

Sugude erinevustest ilmnas taas meeste sissepoolepööratus ja abivajaduse eiramine. Leinavatest meestest hindas oma seisundit raskeks või äärmiselt raskeks ja probleemidega koormatuks 34%, naiste puhul oli see protsent 47. Leinavad mehed avaldasid oma tundeid oluliselt vähem ning väärtustasid vähem ka abi vajadust. Ometi moodustavad just mehed 80% suitsidentidest, mis seab küsimärgi alla ihaldatud "isehakkama-saamise" printsiibi. Naised eristusid meestest sellega, et tundsid meestega võrreldes palju sagedamini viha ja neil esines enam vastuolulisi tundeid.

Emotsionaalset toetust lähedastelt ei saanud 20% leinajatest, toetus oli ebapiisav 22% juhtudest, ja vaid 5% uuritutest sai piisavat toetust lähedastelt, mis laseb järeldada, et isegi suitsiidiendi perekonnas peetakse teemat tabuks, kuigi usalduslik vestlus oleks leinajaile suureks abiks.

Eestis saab suitsiidiohvri lähedaseks leinajaks igal aastal ligemale 3000 inimest. Teadaolevalt vältab leinaprotsess 6 kuud kuni 2 aastat ja kauemgi. Siit saab välja arvutada abivajajate hulga, mis kohustab meid ette valmistama spetsialiste ja teenistusi, kuhu tuleks tingimata kaasata ka kolmas sektor.

Suitsiidisurma leinaga seotud asjaolude teadvustamine ja vajaliku abi rakendamine on uus arengusuund kogu maailmas ning hoogsas algusjärgus ka Eestis. Möödunud aasta 3. augustil moodustati Elvas Rahvusvaheline Suitsiidiohvri Leinajate Koda (*International Network for Suicide Survivals*), kuhu kuuluvad Põhjamaad, Ameerika Ühendriigid, Murmanski oblast ja Eesti. Organisatsiooni praegune president on rootslanna Margit Ferm ja järgmine president üks käesoleva artikli autoritest (A. V.). Organisatsiooni esindajate järgmine kokkusaamine on 6.-8. septembril Stokholmis.

Eesti-Rootsi Suitsidoloogia Instituudi juures töötab möödunud aastast ka väikesearvuline suitsiidiohvri leinajate eneseabigrupp psühhiaater Ülle Võhma juhendamisel. Grupiga liitumiseks või täiendava informatsiooni saamiseks võib kirjutada aadressil: Suitsidoloogia Instituut, Tallinn 11312, Pärnu mnt. 104, Ülle Võhma, isiklik. Ühenduse võtmiseks on vaja asjast huvitatut kontakttelefoni või aadressi.

Eesti-Rootsi Suitsidoloogia Instituudi andmebaasi analüüsi põhjal kaitses 3. juunil Tartu Ülikoolis edukalt sotsiaalpoliitika bakalaureuse kraadi kõne all oleval teemal üks käesoleva artikli autoritest (K. S.), kes ka jätkab samas valdkonnas. Tartu piirkonna leinagrupiga liitumiseks või informatsiooni saamiseks võib kirjutada aadressil: TÜ sotsiaalteaduskond, sotsiaalpoliitika osakond, Tiigi 78, Karmel Saveljev, isiklik.

Tehtu lubab loota teema jõudsat teoreetilist ja rakenduslikku arengut Eestis, kus suitsiidisurmast põhjustatud leina on nii palju.

Soovitav kirjandus

- Baume, P.** (1990). *Suicide: A Crisis For The Whole Family; Should Suicide Survivors Be Managed Differently?* <http://www.aic.gov.au/publications/proceedings/13/#baume>
- Farberow, N.L.** (1992), *The Journal of Crisis Intervention and Suicide*; 13/1; The Los Angeles Survivors-After-Suicide Program, An Evaluation.
- Grad, O.T.** (1996). *The Journal of Crisis Intervention and Suicide prevention*, 17/3 1996, Suicide: How to Survive as a Survivor?.
- Kivimaa, E.** (2002). *Eesti Naine*; 4/2002; Meie peame ju edasi elama. Mis aitab enesetapjate lähedastel eluga toime tulla?
- McIntosh, J.L., Kelly, L.D.** (1992), *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*; 13/2; Survivors' Reactions: Suicide vs. Other Causes.
- Provini, C., Everett, J.R.** (2000), *Death Studies*; 24/1; Adults Mourning Suicide: Self-Reported Concerns About Bereavement, Needs for Assistance, and Help-Seeking Behavior.
- Rubel, B.** (1999), *The Thanatology Newsletter*; 6/1; The Grief Response Experienced by the Survivors of Suicide.
- Rubey, C.T., McIntoch, J.** (1996), *Suicide & Life-Threatening Behavior*; 4/26; Suicide survivor groups: Results of a survey.
- Suicide Information & Education Centre** (SIEC), <http://www.suicideinfo.ca/library/alert/index.asp>
- Support in Suicidal Crises** (1996); The Swedish National Programme to Develop Suicide Prevention
- Van der Wan, J.** (1989), *Omega*; 20/2; The aftermath of suicide: A review of empirical evidence.
- Värnik, A.** (1997). Enesetapud Eestis 1965-1995, Eesti-Rootsi Suitsidoloogia Instituut.
- Värnik, A., Kõlves, K.** (2001), Eestlaste ja mitte – eestlaste enesetapud; Eesti-Rootsi Suitsidoloogia Instituut; Tallinn-Tartu.
- Värnik, A., Kõlves, K., Tooding, L.-M. ja Palo E.** Suitsiidid Eestis 1970-2000. Eesti Inimarengu Aruanne (2001); Tallinna Pedagoogikaülikool; Rahvusvaheliste ja Sotsiaaluuringute Instituut; Tallinn; lk. 42-45.
- Värnik, A., Kõlves, K., Palo, E., Tooding, L.-M.** (2001), *Eesti Arst*; 80/3; Eesti suitsiidikõver on võtnud S-kuju.
- Wolk-Wasserman, D.** (1986), Suicidal communication of persons attempting suicide and responses of significant others; *Acta Psychiatr Scand*; 73:481-499.
- World Health Organisation** (2000), Guidelines for Setting Up A Self-help Support Group for Those Bereaved by Suicide.

Laste vaimse tervise probleemidest

Anne Kleinberg

lastepsühhiaater

Seoses poliitikauuringute keskuse Praxis ja sotsiaalministeeriumi ühistöös 2002. aastal koostatava Eesti vaimse tervise poliitika alusdokumendiga pälvivad vaimse tervise küsimused järjest enam tähelepanu. Paljude ekspertide arvates on järjest süvenevad laste ja noorukite vaimse tervise probleemid olnud meie ühiskonnas siiani piisava tähelepanuta. See on tingitud nii meie riigi sotsiaal-majanduslikest vastuoludest kui ka abisaamise vähestest võimalustest.

Iseenesest ei erine peamiste psüühikavaldkondade epidemioloogilised arvandmed Eestis oluliselt muude riikide omadest. Heaoluriikidega võrreldes kasvab meil aga väga kiiresti laste ja noorukite sõltuvushäirete osakaal. Selle kõrval süvenevad meeleoluhäirete (depressioon ja ärevushäired) probleemid. Võidujooks edule ja kiiretele saavutustele on meile kui varakapitalistlikule ühiskonnale kaasa toonud ka söömishäirete (eelkõige anoreksia) senisest sagedasema esinemise. Samasuguseid suundumusi võib täheldada ka teistes Baltimaades.

Enamik lastepsühhiaatrilisi sündroomide koosneb sümptomite kombinatsioonidest, mis pärinevad neljast põhivaldkonnast:

- emotsionaalsed sümptomid
- käitumisprobleemid
- mahajäämus arengus
- raskused suhetes

Lapse või nooruki raviga alustades seisab psühhiaater või muu professionaalne abiandja silmitsi mitme küsimusega. Võimalusel peab välja selgitama:

- mis laadi probleemiga on tegemist
- kui tugeva stressi või kahjustuse see tekitab
- millised tegurid on probleemi tekitanud või soodustavad selle püsimist
- milliste probleemi aspektidega on võimalik töötada
- missugused on pere uskumused ja ootused

Laste ja noorukitega tegeldes tuleb vaadelda lapse elu kõiki tahke, vastasel korral ei saa abistamine olla kuigi tulemuslik. Hinnata on vaja pereelu, õpinguid, sõprussuhteid, vaba aja veetmist, lapse stressi ja probleemi mõju temaga suhtlevatele inimestele. Vanematelt saadav info on esmane allikas lastel esinevate häirete emotsionaalsete sümptomite kohta. Lapse vanemaks saades muutub üha olulisemaks lapse arvamus. On oluline leida aega vanemate nõustamiseks ja ärakuulamiseks.

Laste depressioon

Uuringud näitavad, et paljud lapsed on õnnetud. Psüühikahäiretega laste seas on kurbuse sümptom väga levinud. Depressiooni esineb keskel läbi 2-5 % teismelistel (osade autorite andmetel isegi kuni 10%-1) ja ligemale 1-2 % puberteedieelses eas lastel. Isegi eelkooliealistel on depressiooni leitud 1% ulatuses. Lastepsühhiaatri patsientide seas esineb depressiooni 23-35%-1. Sooline vahekord enne puberteeti on 1:1 või isegi kerge poiste ülekaaluga. Tüdrukute osakaal suureneb alates teismelisest keskelt.

Viimastel aastakümnetel on depressiooni osatähtsus suurenenud ja keskmine algusaeg langenud. Depressioonis noorukitele on iseloomulik mitmesuguste kehaliste kaebuste esinemine, kuid veel iseloomulikum on see puberteedieelses eas. Koolist keeldujatel on somaatilised kaebused tavaliseks depressiooni või ärevuse väljenduseks. Seoses depressiooniga halveneb sotsiaalne funktsioneerimine ja samas on see olulisim faktor paranemise ennustamisel. Depressiooniga seotud sümptomite hulka kuuluvad: alanenud või puuduv võime tunda rõõmu, madal enesehinnang, enesesüüdistus, lootusetus, suitsiidimõtted ja -teod, energiapuudus, halb keskendumisvõime, rahutus ja muutunud uni, isu ja kaal.

Mida noorem laps, seda vähem sarnaneb tema kurvameelsus täiskasvanu depressiooniga. Esiplaanil võivad olla käitumuslikud muutused, ka kognitiivsed muutused, alanenud motivatsioon.

Depressioon esineb perekonniti. Depressiivsetel lastel on suurema tõenäosusega kui teistel depressiivsed vanemad või õed-vennad. Ja vastupidi - pere düsfunktsioon ja rasked elusündmused on suurel määral seotud lapsega depressiooniga.

Laste mured jäävad tähelepanuta

Eestis on järjest enam lapsi, kellel diagnoositakse depressiooni. Murettekitav on asjaolu, et depressioonis laste vanus nooreneb ning paljud teismelised tulevad vastuvõtule kindla sooviga saada raviks antidepressanti. Iseenesest on selline teadlikkus kiiduväärt - arenenud ühiskonnas kasutatakse meeleoluhäirete ravis tõepoolest antidepressante kombineerituna psühhoteraapiaga. Kurb on see, et noorukid küsivad neid lahendamaks oma probleeme, mis on põhjustatud näiteks suhtlemisprobleemidest eakaaslastega või stressist, mis tekkinud ülekoormatusest koolis. Küsimusele, kas nad on pöördunud psühhoterapeudi poole või saanud üldse abi ja toetust täiskasvanult, vastatakse sageli eitavalt. Põhjusi on mitmeid, alates toetavate täiskasvanute puudumisest lapse esmases tugigrupis kuni materiaalsete võimaluste ja info puudumiseni muude abi saamise võimaluste kohta peale tablettide. Teismelisi, kes on sisuliselt algklassidest peale oma elu ise juhtinud ja rahuldavalt toime tulnud, polegi nii vähe. Üllatav on asjaolu, et sageli kuuleb lapsevanem oma lapse raskest psüühilisest olukorrast ja stressist alles arsti vastuvõtul. Paljud meie lapsevanemad on tööga üle koormatud ja igapäevase pere heaolu eest võitluse tõttu ise stressis. Sellises olukorras jäävad lapsed tihti piisava tähelepanuta ning peavad tulema - kes rohkem, kes vähem - iseseisvalt toime. Ärevad ja depressiivsed lapsed võivad sageli olla võimelised üsna normaalseks, ootustele vastavaks rollikäitumiseks vaatamata märkimisväärsele sisemisele ängistusele, mistõttu täiskasvanud ei pruugi lapsega pealiskaudselt suheldes tema tõeliselt rasket psüühilist olukorda üldse märgata. Meie ühiskonnale iseloomulik kiire täiskasvanuks saamine või täiskasvanuid jäljendava elustiili viljelemine toob endaga paratamatult kaasa laste ja eriti noorukite psüühikahäireid, mis tekivad stressi ja ülekoormuse tõttu. Vaba aja veetmine ja normaalne puhkamine peale koolitööd on vähenenud, sest edukana püsida soovivad lapsed suure osa päevast õpivad. Võimalused tegelda hobidega jäävad kinni vaba aja ja materiaalsete võimaluste puudumise taha.

Muud vaimse tervise probleemid

Suitsiidid ja suitsiidikatsed on teismelistel tugevas seoses depressiooniga. Suitsidaalsusel on samad psühhosotsiaalsed riskifaktorid nagu depressioonil. Uuringud on tuvastanud, et enne 16 aastat on 3% teismelistest teinud suitsiidikatsed. Suitsiidi riski suurendavad kaasuvad kehalised haigused ja käitumishäired. On leitud kombinatsioone depressioonist ja narkootiliste ainete kuritarvitamisest suitsiidi üritanud nii psühhiaatriliste patsientide seas kui ka koolis üldisemalt.

Peale depressiivsete laste vajavad tähelepanu ka nn. hüperaktiivsed lapsed. Aktiivsus- ja tähelepanuhäiret (ADHD) või hüperkineetilist häiret võib olla raske eristada meeleluuhäiretest. Pooltel juhtudel esineb see kombinatsioonis käitumishäire või emotsionaalsete häiretega. Samas võib see ka viia meeleolu- või käitumishäireni. Tõestust on leidnud hüpotees, et ADHD ja meeleluuhäire korral on olulisel kohal perekondlikud riskifaktorid. Lastel, kellel esineb ADHD ja ärevus või depressioon, on vanemad, kellel on sageli rohkem stressi ja vaimseid probleeme. Populatsiooniuringutes on aktiivsus- ja tähelepanuhäiret tuvastatud 17% teismelistest ja 14% lastest. Samas puuduvad seesuguste laste raviks ja õpetamiseks kohased võimalused, mille tõttu spetsiifilise abita jäänud lastel kujuneb sageli kaasuva häirena meeleolu- või käitumishäire. Järjest suurenevate sõltuvushäirete riskiteguriks on meeleolu- ja käitumishäired. Igapäevases praktikas esineb sageli järgnevus: kohase õpiabita (ja/või sotsiaalse abita) jäänud hüperaktiivne või spetsiifiliste õpiraskustega (näiteks düsgraafia) laps, kellel on kujunenud kas käitumishäire või käitumishäire koos meeleluuhäirega ning psühhiaatri vaatevälja satub pärast heroini üledoosiga haiglasse jõudmist. Ehk teisisõnu, seda oleks võinud õigeaegse sekkumise/abistamisega ennetada.

Võrdselt süstitavate narkootikumidega on Eesti laste ja noorukite seas probleemiks kanepi suitsetamine ja mitmesuguste stimulantide tarvitamine, kusjuures on levinud illusioon, et tegemist on "kergemate narkootikumidega". Teise väära seisukohana kohtab noorukite seas levinud veendumust, et alkoholi tarvitamine on ohutum illegaalsete narkootikumide kasutamisest. Alkoholi joobes haiglasse sattuvad lapsed on järjest nooremad ning promillid veres eluohtlikult kõrged.

Sageli esinevaks diagnoosiks on mitmesugused ärevushäired, millest esiplaanil paanikahäire. Ärevushäire esineb nii teismelistel kui täiskasvanutel enamasti enne depressiooni diagnoosimist. Paanikahäiret on leitud 0,6% teismelistel. Paanikahäire esinemus on suurenenud ka täiskasvanutel ning seda võib samuti pidada meie üldises psüühilises stressis vaevlevat ühiskonda iseloomustavaks nähtuseks. Hood algavad tavaliselt teismeeas, kuid neid on kirjeldatud ka väikeste laste juures. Sagedus suureneb puberteedis. Paanikahäire on noorukitel sageli seotud muude ärevushäirete, käitumishäirete ja alkoholi tarvitamisega.

Abi saamise võimalused pole piisavad

Laste depressiooni, aga ka muude psüühikahäirete ravis kasutatakse eelkõige psühhoteraapiat, nagu pereteraapia, psühoanalüütiline psühhoteraapia, kognitiiv-käitumuslik ja interpersonaalne teraapia. Mõeldes laste arengule, oleks oluline luua võimalused ka loovteraapiaks, nagu muusikateraapia, kunstiteraapia jne. Suur kasu oleks koolis antavast abist ja nõustamisest, enne kui nooruki probleemid kasvavad üle pea ja osutub vajalikuks juba psüühikahäire ravi. Koolis saadav nõustamine või psühholoogiline tugi on eriti oluline, arvestades üha kasvavat koolivägivalda. Määrav tähtsus võib olla ka õigeaegsel sotsiaalsete oskuste treeningul ja vahetul abil spetsiifiliste õpiraskuste korral. Ka selles osas on abistamise võimalused hetkel ebapiisavad.

Laste medikamentoosne ravi on alati olnud ja jääb mõneti vastuoluliseks. Kui medikamentoosne ravi on möödapääsmatu, siis on laste ravis turvalisuse huvides eelistatavamad uuema põlvkonna psühhofarmakonid (nii antidepressandid kui muud ravimid) kõrvaltoimete väiksema esinemise tõttu. Igapäevatoos on endiselt probleemiks nende suhteliselt kõrge hind, mille tõttu lapsevanem on sunnitud soovitatud ravist loobuma või katkestab selle majanduslikel põhjustel enne õiget aega. Samas on teada, et sotsiaalsete probleemidega peredes esineb ka rohkem psüühika- ja käitumisprobleeme, rääkimata sõltuvusprobleemidest, mille ravis kasutatakse samu kalliks osutuvaid antidepressante. Praeguses olukorras jäävad lapsed ja noorukid abita nii majanduslike probleemide kui ka abiandjate vähesuse ja ebaühtlase paiknemise tõttu Eestis tervikuna. Eriti Eesti äärealadel jäävad lapsed tihti heatasemelise psühholoogilise ja psühhiaatrilise abita.

Lapse psüühikahäire ravist sõltub tema tulevik

Lapse psüühikahäire põhjustab stressi tervele perele. Häiritud on seesuguste laste vanemate töövõime, õdede-vendade võimalused õppida jne. Pidades silmas põhjendamatult võetud riske, on oma hind ka ennasthävitaval käitumisel ehk suitsiidil. Kuni 14-aastaste laste suitsiide oli aastatel 1992-1996 sama palju kui eelnenud 20 aasta jooksul kokku. See periood langeb kokku ajaga, kui vähenes lastepsühhiaatriliste ambulatoorsete (riiklikult finantseeritavate) ametikohtade arv ja vastutus läks üle perearstile ja täiskasvanuid ravivale psühhiaatrile.

Nagu sissejuhatuses mainitud, on laste psüühikahäiretega tegelemine töömahukas. Lastepsühhiaatrilise meeskonna koosseis eeldab peale lastepsühhiaatria alal pädeva psühhiaatri ka psühhoterapeuti, logopeedi, kliinilist psühholoogi, võimalusel sotsiaaltöötajat ja lastepsühhiaatria alase ettevalmistusega õde-juhtumikorraldajat. Lastepsühhiaatri koolitus ja töö erineb paljuski täiskasvanute psühhiaatri tööst. See nõuab häid psühhoteraapialisi oskusi ja aega nende rakendamiseks, haridus- ning hoolekandesüsteemi eripära tundmist. Seisuga august 2001 on lastepsühhiaatrilise ravi voodikohtade arv vähenenud. Samas ei ole suurenenud lastepsühhiaatriline ambulatoorne teenindus. Omavalitsustel puuduvad tihti võimalused erivajadustega laste õpetamiseks. Ennetaval töö on suur väärtus, aga see nõuab aega ning spetsiifilist ettevalmistust. Näiteks lapsea depressiooni varane diagnoosimine ja ravi kindlustab parema prognoosi meeleoluhäirete kulu ja ravi edukuse suhtes.

Vaimne tervis

Lapseas alanud häirete ignoreerimine on sageli väärastunud enesehinnangu, saamata jäänud hariduse, ennast ja teisi hävitava käitumise üks põhjusi. Oluline on ka töö last ümbritseva võrgustikuga, sest vaimse häirega lapse kõrval vajavad lastepsühhiaatri nõustamist ka vanemad või hooldajad, pereliikmed ja lähedased, sotsiaaltöötajad, õpetajad, lastekaitsetöötajad, politseinikud, perearstid ja pereõed. Selle töö tegemata jätmine vähendab farmakoloogilise raviga saavutatud tulemusi.

Uimastiennetus toimub kolmel tasandil

Ellu Eik

psühhiaater, alkoholismi ja narkomaania ennetamise programmi juht

vahendas **Regina Karjakina**

Narkoprobleemiga tegeldakse korraga kahes suunas: nii pakkumise kui nõudluse vähendamisega. Esimesel suunal töötavad piirivalve, toll ja politsei selle nimel, et riigis oleks saadaval võimalikult vähe narkootilisi aineid, kasutades selleks kontrolli- ja repressiivmeetmeid. Mis pole kuigi lihtne, kuna narkokaubandus on varimajanduse osa ja seal liigub väga suur raha. Räägitakse, et narkokaubandus on alati politseist ja tollist sammu võrra ees nii oma tehnilise varustatuse kui inimressursi poolest. Eestis on viimastel aastatel narkopolitsei tugevasti arenenud: prefektuuride juurde on moodustatud uusi üksusi, töötajaid on juurde võetud ja koolitatud, mistõttu tegevus on muutunud tunduvalt aktiivsemaks. Alkoholismi ja narkomaania ennetamise programm tegeleb aga teise valdkonnaga- nõudluse vähendamisega. Meie programm töötab selle nimel, et võimalikult vähe inimesi sooviks uimasteid tarvitada. Seda tegevust nimetataksegi uimastiennetuseks ehk narkopreventsiooniks.

Vahel peetakse ennetustegevuseks ainult tööd, mis on suunatud lastele ja noortele, kes veel ei tarvita sõltuvusaineid. Öeldakse, et nendega, kes juba tarvitavad, ei ole midagi teha. Tegelikult viiakse ennetustegevust läbi kolmel tasandil:

- töö inimestega, kellel ei ole veel uimastite tarvitamise kogemust ehk esmane ennetustöö
- töö inimestega, kes vähemal või suuremal määral uimasteid tarvitavad, aga kellel on veel säilinud sidemed ühiskonnaga ehk teisene ennetustöö
- töö inimestega, kellel on välja kujunenud sõltuvus ja tekkinud püsivad ainevahetuse muutused ehk kolmandane ennetustöö

Teisene ennetustöö: eesmärgiks tarvitamise vähendamine ja sõltuvusest vabanemine

Esmase ennetustöö puhul käib töö selle nimel, et inimesed ei hakkaks uimasteid tarvitama. See on kõige tähtsam ennetuse osa. Mida aga saaks teha inimestega, kellel on juba tarvitamise kogemus, aga kes ei ole ühiskonnast veel päriselt välja langenud? Tuleb hoolitseda selle eest, et olukord ei läheks halvemaks. Peaksime tegema midagi sellist, mis võimaldaks neil inimestel vähendada ja perspektiivis täielikult lõpetada uimastite tarvitamine. Sellesse rühma võivad kuuluda väga erinevad inimesed. Väga noored poisid - tüdrukud, kes kanepiga vallatlevad või liimi nuusutavad, võib olla on seda proovinud ainult mõnel korral, kuid kellel enamasti on tekkinud juba probleeme koolis ja kodus. Noored täiskasvanud, kes tulevad eluga veel igati toime, kuid käivad nädalalõppudel ööklubides ja tarvitavad stimulantere. Arvavad, et see on täiesti normaalne ja et õige elu niimoodi käibki. Samas ei tea elementaarseid tõsiasi selle aine toimest ja usuvad igasuguseid müüte. Et nad ei taha oma gruppi mittekuuluvate inimeste arvamusi tõsiselt võtta, ei ole veel õigustuseks nad ilma abita jätta.

On ka selliseid inimesi, kellel on sõltuvus juba kujunenud, kes on koolist või töölt välja langemas ja sattumas subkultuuri, milles narkootikumide tarvitamine ongi ainuke eluviis. Aga nad ei ole veel füüsiliselt niivõrd välja kujunenud sõltlased, neil ei ole tekkinud ainevahetuse muutusi ja ühe jalaga on nad tavalises ühiskonnas. Nende puhul on võimalik ennetada täielikku väljalangemist tavaühiskonnast. Niisugusel juhul käib ennetustegevuse alla ka ravi, millel on mitu faasi.

Võõrutus ja aktiivne ravi

Esimeseks sammuks on võõrutus, mis tagab selle, et sõltlane suudaks puhtkehaliselt olla ilma narkootilise aineta. Paljud arvavad siamaani, et kui inimene läbis võõrutuse, siis see ongi kogu ravi. Tegelikult on võõrutus seisundi kergendamine. Ravi algab alles siis, kui patsiendil on teadvus selge ja tal ei ole vaja enam iga päev süstida. Siis hakkab ta mõtlema, kas ta üldse tahab loobuda uimastitest ja missugust vaeva on valmis selle nimel nägema. Järgneb aktiivne ravi: tuleb taastada inimese füüsiline tervis, sest pärast võõrutust tunneb inimene end tihti väga halvasti. Mõne aja pärast kipuvad tulema igasugused terviseprobleemid (hambaprobleemid jms), mis olid seni narkootikumide toime tõttu varju jäänud. Taastama peab ka psüühilise tervise. Pärast võõrutust inimene erutub ja väsib kergesti. Tema sisemine, tahtega reguleeritav pidurdusprotsess on äärmiselt nõrk. Ta on pahur ja suudab vaid väga vähesel määral toime tulla psüühilise pingega. Sõltlased räägivad, et kui oled juba mõnda aega n.ö karske olnud, siis tuleb meelde kõik, mis on seotud lähedastega ja enda käitumisega. Kuni oled narkouimas, sa paljudele asjadele ei mõtle. Käisin küll, tegin HIV-i analüüsi, oli negatiivne, aga tegelikult oli liiga vähe aega möödas. See on "praadimine", ootamine, kuni viiruse peiteperiood on läbi ja sa saad uuesti minna analüüsi tegema, mida saab juba usaldada... Sellises olukorras vajab inimene abi. Esiteks, juba enne narkomaaniks kujunemist oli tal üsna vähe oskusi, et sellise asjaga toime tulla. Aga narkomaanina elades ajal oli kogu ta eluviis ja tegevuste ring küllalt kitsas. Ta on unustanud palju sellest, mida enne oskas. Nüüd on ta karske, aga täiesti nõutu nagu väike laps. Vanad tuttavad on kadunud ja kui mõned ongi jäänud, siis nendega ei ole millestki rääkida, sest nende elu on vahepeal edasi läinud. Emal on tekkinud pähe hallid juuksed, isal oli infarkt ja noorem õde, kes teda siamaani armastas, vaatab venda nüüd hirmuga. Kõik sellised asjad ta peab läbi elama. Kui me inimest pärast võõrutust ei toeta, siis on ainult aja küsimus, millal ta tagasi langeb.

Rehabilitatsioon

Kui inimene on juba psüühiliselt tasakaalus ja oma tunded läbi töötanud, siis peab ta rehabilitatsiooni käigus omandama oskusi, kuidas ühiskonnas iseseisvalt ja karskelt ära elada. Kuidas toime tulla igasuguste ebameeldivustega, mida elu kaasa toob: nagunii sa kellelegi ei meeldi, keegi ütleb sulle halvasti, teeb ülekohtu. Sageli on nendel poistel väga raske aru saada, et selline see elu ongi. Elus tuleb pidevalt pingutada, ja keegi ei tule appi. Teine suur üllatus nende jaoks on see, et nad suudavadki selle kõigega hakkama saada! Rehabilitatsioon eeldab väga kaua sellist elamisviisi, et inimene on justkui iseseisev, aga tal on julgustav võrk selja taga - inimesed, kellele toetuda, esmajoones sotsiaaltöötaja.

Rehabilitatsiooni faas on just sotsiaaltöötaja töö: ta jälgib mõne aja jooksul, aitab, kui on vaja leida spetsialiste, kellega konsulteerida. Teistes maades on nii, et kui inimene osales rehabilitatsioonis ja elab juba täiesti iseseisvat elu, säilib tal paari-kolme aasta jooksul kontakt sotsiaaltöötajaga. Võib tekkida küsimus, et mis on sellel ennetamisega tegemist? Tegelikult niiviisi ennetatakse retsidiive, asjade halvemaks minemist.

Kolmandane ennetustöö: eesmärgiks kahjude vähendamine

Kolmandane ennetustöö on suunatud inimestele, kellel on välja kujunenud täielik sõltuvus ja tekkinud püsivad ainevahetuse muutused. Sõltlase eluviis on seotud uimasti tarvitamisega: ta on tavaühiskonnast praktiliselt isoleeritud. Niisugusel inimesel on väga palju probleeme, nii sotsiaalseid, psüühilisi kui ka tervisega seotuid. Kuidas selliste inimestega töötatakse? Siin on eesmärgiks vajumist pidurdada ja püüda selle poole, et inimesel jääks mingi võimalus sõltuvusest välja tulla. Kogemused mujal maailmas näitavad, et osa rabeleb siiski välja. Rabelevad välja ka sellised inimesed, kelle kohta poleks seda keegi arvanud. Eestis ollakse narkomaanide suhtes liiga kategoorilisel seisukohtadel. Kahju vähendamise programmides ei võeta uimastist vabanemist, vähemalt alguses, kindlalt eesmärgiks. Kui inimene juba narkootikume tarvitab, siis aktsepteeritakse seda fakti ja püütakse muuta uimastite tarvitamine nii tarvitajale kui ka ühiskonnale võimalikult ohutuks. Siin on süstlavahetuse programmid ja kondoomide jagamine, et kui narkomaan on HIV-positiivne, ei nakataks ta teisi. Mujal on mindud aga veelgi kaugemale: on väga huvitavaid projekte, mis tunduvad meile kohutavad ja absurdsed. Näiteks kaitstud süstimise ruumid, kus inimene saab süstida heroini ja talle antakse selleks steriilne varustus. Väljaõpetatud meeskond tõttab üledoseeringu korral kohe appi ega lase narkomaanil ära surra. On selliseidki projekte, kus jaotatakse mitte metadooni, millega Eesti avalikkus hakkab vaikselt harjuma, vaid puhast heroini. Metadoon ei anna kaifi, mistõttu inimesel on tohutu kiusatus heroini süstida. Mõni inimene võib siiralt tahta süstimisest loobuda, aga ta ei ole enam enda peremees. Vihmari talu poisid ütlevad: "Tavaline elu on siis, kui mul on, kus elada, töökoht ja tüdruk, kes mind armastab." Loogiline. Nad kõik tahavad elada normaalset elu, aga alateadvuses on nii tugev mälestus mõnutundest, et see ei lase neid mitte kuidagi lahti. Jah, ta osaleb metadooni programmis ja teab, et kui ta vahele jääb, siis ta lülitatakse programmist välja, tagasi saab tulla alles poole aasta pärast. Aga kui keegi tuleb heroini pakkuma, siis läheb kõik meelest. Heroiniprogrammi eesmärk on kaitsta ühiskonda, et kui inimesel on eluliselt seda kaifi vaja, ta ei rööviks ega varastaks, talle antakse heroini tasuta. Ei tea, kas me Eestis kunagi nii kaugele jõuame. Ja kas tahamegi....

Riiklik alkoholismi ja narkomaania ennetamise programm aastateks 1997-2007

- Programm kiideti heaks valitsuse istungil 25. novembril 1997. Samal ajal formuleeriti narkopoliitika seisukohad, millest lähtutakse tänaseni. Dokumenti täiendati 2001. aastal.
- 2002. aastal moodustati sotsiaalministeeriumi ja Phare initsiatiivil töögrupp, mis tegeleb narkomaaniaga võitlemise strateegia koostamisega.
- Aastatel 1997 - 2000 koordineeris alkoholismi ja narkomaania ennetamise programmi ja oli selle elluvijaks Uimastipreventsiooni Sihtasutus, 2000. aastast määrati ministri otsusega programmi juhtasutuseks Eesti Tervisekasvatuse Keskus, põhiliseks programmi eluvijaks jäi Uimastipreventsiooni Sihtasutus. 2001. aastal realiseeris sihtasutus programmi 2/3 eelarve ulatuses, osa tegevusi viis läbi Tervisekasvatuse Keskus.
- Alates 2002. aastast viib kogu programmi läbi Eesti Tervisekasvatuse Keskus, mille koosseisus töötavad programmi juht ja projektijuhid. Programmi juhtkomitee töötab keskuse juures ja ühendab endas varem tegutsenud programmi nõukogu ja ekspertnõukogu funktsioone, juhtkomiteesse kuuluvad erinevate ministeeriumide esindajad ja eksperdid.

Programmi kaugem eesmärk:

Saavutada Eesti elanikkonnas alkoholi kuritarvitamise sageduses püsiv languse tendents, tõrjuv suhtumine narkootikumide kasutamisse ja vahendamisse ning narkomaania leviku pidurdamine.

Prioriteedid 2002. aastaks:

1. Ravi- ja rehabilitatsioonitegevus vastavalt narkomaania ennetamise arengukavale 2002-2007
2. Toetava keskkonna soodustamine
3. Uimastite kohta informatsiooni kogumine, analüüsimine ja levitamine

Vaata lisaks: www.tervis.ee

Kolmas Eesti kasvab jõudsalt

Jaanus Mumma

Psühhaater

On üsna levinud komme jagada meie ühiskonda esimeseks ja teiseks Eestiks. Minu arvates on aga olemas ka kolmas Eesti, mille juurdekasvu üle üldise madala iibe juures küll kurta ei saa. Üsna kiiresti oleme harjunud meie linnapilti ilmestavate hallide, vaikselt askeldavate asotsiaalidega, kes usinasti varahommikust hilisõhtuni tegutsevad prügikastide ümbruses. Pea igal majal on olemas juba oma "prükkarid". Ega nad meile erilisi emotsioone ei põhjusta, kui just bussis seesugune tegelane kilekoti, konksu ja spetsiifilise lõhnaga naabriks ei kipu. Keegi ei suuda nende arvu kindlaks teha, kuid tundub, et neid on linnas rohkem kui tuvisid. Sotsiaalse allakäigu põhjuseks on enamusel juhtudel kindlasti liigne napsilembus ja kohanematus kiirete muutustega ühiskonnas. Osal on ilmselt põhjuseks ka muud vaimutegevuse häired. Lähematel aastatel hakkab aga kolmanda Eesti ridu kiirelt täiendama palju noorem ja ohtlikum asotsiaalide armee - praegused noored narkomaanid. Eestis arvatakse olevat juba vähemalt 10 000 narkosõltlast. Pessimistide hinnangul isegi 15 000.

Narkomaania kiire kasv

Kanged narkootikumid laostavad inimese alkoholist tunduvalt kiiremini. Keskmise narkomaan on hetkel üsna noor inimene, kes on tavaliselt küll juba kriminaalse käitumisega, kuid enamusel siiski on veel olemas kodu ja ka mingil määral toetav perekond. Asotsiaalsuse süvenedes aga kaob neil üsna pea ka side koduga ja seega pereliikmete toetus. Aids ja muud tõved hakkavad peatselt nende ridu küll hõrendama, kuid ilmselt jääb juurdekasv esialgu suuremaks. Seega võib kindlalt prognoosida lähiaastatel asotsiaalse kontingendi kiiret kasvu, kuid samas ka selle seltskonna struktuuri muutust ja ühiskonnaohtlikkuse suurenemist. Narkomaan ei teeni oma doosi ja elatusvahendeid välja süütult prügikaste sorteerides.

Nende kontsentratsioon riigis muutub talumatuks. Tohutult suurenevad materiaalsed kulutused meditsiinis, isegi üksnes vältimatu abi andmise korral. Sageneb invaliidistumine püsivate somaatiliste ja vaimsete tüsistuste tõttu. Igasuguse sotsiaalabi vajadus suureneb oluliselt ja kurnab maksumaksja rahakotti. Rääkimata kuludest, mida tuleb teha seoses politsei, kohtute ja vanglate töömahu suurenemisega. Pole ju vahet, mis struktuur nendega tegeleb, kõik tuleb ju ikka maksumaksja taskust. Kas on üldse võimalik midagi ära teha selle protsessi peatamiseks? Kas nii, nagu likvideeriti omal ajal kulaklus Venemaal? Vaevalt meil lastakse humaanses Euroopas minna seda teed.

Võimalik on jätkata senist leiget lähenemist: hädaldame, teeme ümarlaudu, koostame sahtlisse arengukavasid, tegutseme lühiajaliste rohkearvuliste projektide abil, poliitikud annavad enne valimisi lubadusi jne. Võimalik variant on ka ignoreerida probleemi täielikult, las protsess kulgeb isevoolu ja kustutame vaid aeg-ajalt tuld. See tee oleks esialgu kõige odavam, kuid perspektiivis ilmselt kõige laostavam.

Ravi võimalused

Narkomaania suhtes on ühiskonnas väga erinevaid seisukohti. Mõned rõhuvad vaid preventatsioonile, sest narkomaanist nagunii enam asja ei saavat. Ennetustöö on äärmiselt vajalik, kuid samas on meil juba tuhandeid sõltlasi. On tõsi, et enamus neist ei suuda loobuda narkootikumidest ka ideaalse ravi- ja rehabilitatsioonivõrgu olemasolu korral. Tegelikult siiski teiste riikide pikaajaline kogemus näitab, et nende parandamatute narkomaanidega on normaalse ravi -ja sotsiaalabikorralduse puhul võimalik kuidagi toime tulla ja protsessi kontrolli all hoida. Raskete heroinisõltlaste odavam ohjamine on pikaajalise asendusravi rakendamine riigi kulul. See süsteem toimib, kui paralleelselt saab pakkuda lisaks ka muid sotsiaalseid teenuseid, mis aga teeb asja muidugi kallimaks. Ainuüksi primitiivne mehaaniline asenduspreparaadi andmine lõpeb läbikukkumisega. Ka pikaajaline ravikommuunis viibimine tulevat odavam, kui narkomaani pendeldamine vanglate vahet. Isiklik praktika näitab, et narkosõltlased ei ole päris ühenäoline mass ja seda on vaja igasuguste abistruktuuride rajamisel arvestada. Ühiskonnal peab olema võimalusi neile erinevaid teenuseid pakkuda, sest nii nagu inimesed on erinevad, on ka narkosõltlased isiksuseti erinevad ja vajavad seetõttu ka personaalset lähenemist. Mõnele piisab lühiajalisest võõrutusravist meditsiinasutuses, teine vajab pikemaajalist ravi koos rehabilitatsiooniga, kolmandate narkokarjäär aga lõpeb mõnes hooldeasutuses. Seoses HIV-i tormilise levikuga tuleb paljudele kindlasti võimaldada pikaajalist asendusravi ja minimaalseid sotsiaalabi teenuseid.

Koostööta edasi ei saa

Narkomaanide ravis tuleb meditsiinasutuste ja sotsiaalabi struktuuride vahel kokku leppida kindel tööjaotus, samas peab olema nende kahe süsteemi vahel väga tihe koostöö. On ju kõik sõltuvushaiged nii meditsiiniline kui ka sotsiaalne probleem. Ka siin on vaidluse teemaks, kumb süsteem peaks enda peale võtma põhifunktsiooni. Senini on olnud koostöö narkomaanidega tegelemisel meditsiini ja sotsiaalabi struktuuride vahel äärmiselt piiratud ja juhuslik. See vajaks kiiret arendamist. Samasse ringi tuleb haarata ka kriminaalhooldajad, kes on praegu oma narkosõltlastest klientidega suures hädas. Parema tulemuse saamiseks ei pääse me tulevikus meeskonnatööst, sest see on kõige tulemuslikum.

Narkomaania ravi Eestis

Ägedate psühhooside ja võõrutusseisundite ravi osutab piiratud mahus praegune psühhiaatriateenistus, kelle võimalused aga iga aastaga vähenevad (reformid meditsiinis ahistavad psühhiaatriat tugevalt ja ravi kättesaadavus tegelikult väheneb). Praktiliselt puudub rehabilitatsiooniasutuste võrgustik. Üksikuid positiivseid näiteid võib siiski tuua, kuid seda vaid Tallinnas lapsnarkomaanide tarbeks. Üheks viimaste aastate väga vajalikuks sammuks oli riigi poolt kindlustamata narkomaanide raviks summade eraldamine psühhiaatriaasutustele (eelmisel aastal 650 000 krooni). Kahjuks sel aastal ei ole selleks otstarbeks tänaseni sentigi eraldatud (seisuga mai 2002 - toim.).

Ka ainukese sõltuvushaiguste ravile spetsialiseerunud Wismari haigla finantseerimine haigekassa poolt on iga aastaga vähenenud. Eestis ei ole ühelgi haiglal osakonda, mis oleks mõeldud spetsiaalselt narkomaanide võõrutusraviks (ilmselt Euroopas ainuke näide). Eraalgatuse korras on küll viimasel ajal loodud mitmeid firmasid, mis osutavad narkosõltlastele raviteenust, kuid seda vaid ambulatoorselt ja tasuliselt. Hetkel on koostöös PHARE-ga ettevalmistamisel narkomaania ravi ja rehabilitatsiooni arengukava, kuid kas see ka reaalseid tulemusi annab? Tuleb loota.

Nõukogude ajal oli psühhiaatriaiglates ligi 700 voodikohta sõltuvushaigete raviks (narkoloogia osakonnad). Praegu on Wismaris 32 voodikohta kõigi sõltlaste jaoks ja Tallinna Lastehaigla neuroloogiaosakonnas 4 voodikohta, samal ajal kui alkoholismile on lisandunud narkomaania. Ilmekad arvud muutustest viimase 10 aasta jooksul..

Statistika

Lõpetuseks veidi statistikat narkomaania levikust Eestis. Registreeritud on vaid ravile pöördunud isikud, kuid tegelik narkomaanide arv on ju palju kordi suurem.

Tabel 1. Psüühikoaktiivsete ainete (v.a. alkohol ja tubakas) tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäirete tõttu ravil viibinud isikute arv 100 000 elaniku kohta (raviasutuste andmed).

Aasta	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Isikud	16,4	24,5	51,6	72,6	82,2	152,7	275,3

2000. aasta andmete põhjal võib öelda, et ravile pöördujatest moodustavad valdava osa mehed (82%). Ravile pöördujate keskmine vanus oli 22 aastat ja kõige rohkem oli pöördujate seas 18-aastasi noori.

Narkootikumide tarvitamist oli alustanud vanuses kuni 19 aastat 57% ja vanuses 20-24 aastat 19% ravile pöördujatest. Suurem osa – 82% ravile pöördujaist oli vene rahvusest, eestlasi oli 11%. Põhiuimastiks olid kõige sagedamini opioidid - 89% (sealhulgas heroiin 70%), teisel kohal olid stimulaatorid - 7% (sealhulgas amfetamiin jt. amfetamiinitüüpi uimastid -6%, ecstasy - 0,1%, kokaiin - 0,4%), kolmandal kohal kannabinoidid - 4% (marihuaana, hašiš).

Tallinna Laste Turvakeskus – uus võimalus pealinna lapsnarkomaanidele

Erki Korp

Tallinna Laste Turvakeskuse juhataja, MA sotsiaaltöös

Viimased viis aastat on palju räägitud narkomaania kasvust Eestis, kuid konkreetseid samme selle probleemi lahendamiseks on astunud vähe. Probleem on kõige tõsisem Tallinnas ning Ida-Virumaal, mida kinnitab ka HIV positiivsete arvu ülikiire kasv viimase aasta jooksul. Kõige suurem riskigrupp on lapsed ja noored vanuses 15 – 24.a. Tallinna Linnavalitsus alustas lapsnarkomaanide abistamisega 2000. aastal, kui loodi Tallinna Lilleküla turvakodu juurde sõltuvusprobleemidega lastele spetsiaalne üksus, millest on tänaseks saanud Tallinna Laste Turvakeskus. Oluline samm astuti linnavalitsuse poolt ka 2001. aastal, kui Tallinna Lastehaiglas avati spetsiaalne võõrutusravi osakond lapsnarkomaanidele. Kuna tegemist on Eesti jaoks täiesti uue probleemiga, siis läheb veel aega, et tekiks koostöö ennetustööga tegelevate ja konkreetset abi pakkuvate asutuste vahel. Eesti olukorda arvestades on tähtis, et sõltuvusprobleemide ennetamise ja raviga tegeldaks kogu Eestis. Järgnevalt annan ülevaate Tallinna Laste Turvakeskuse senistest töömeetoditest ja kogemustest lapsnarkomaanide aitamisel.

Tallinna Laste Turvakeskus on endise Tallinna Lilleküla turvakodu õigusjärglane, kus on kokku 48 kohta vanemliku hoolitsuseta lastele ja narkosõltlastele. Turvakeskus koosneb kahest eraldi keskusest: Lilleküla keskus asub juba 8 aastat aadressil Paldiski mnt. 51 ja selles milles on 16 kohta vanemliku hoolitsuseta lastele; Nõmme tee keskus asub alates 2000. a septembrist aadressil Nõmme tee 99 (endine alaealiste keskus) ja selles on 32 kohta narkosõltlastele ja käitumisprobleemidega lastele vanuses 10 – 18 eluaastat. Tegemist on linnaeelarvelise asutusega.

Endise alaealiste keskuse ruumid aadressil Nõmme tee 99 olid väga viletsas seisukorras ja seetõttu oli vaja kogu kahekorruselise maja ümber ehitada. 2000. a. alustati maja renoveerimist, käesoleval aastal maja renoveerimine jätkub ning 2002. a. sügiseks on plaanis see lõpetada. Järgmiseks aastaks jäävad veel mõningad territooriumi kujundamisega seotud tööd. Hoone ümberehitustööd on läinud Tallinna linnale maksma 7 miljonit krooni.

Töö korraldus

2000. aasta sügisel, kui Nõmme tee keskus tööd alustas, võis sõltuvusprobleemidega lapsi varjupaika tuua ka politsei. Oli nii poisse kui ka tüdrukuid, töö lastega toimus kaootiliselt, sest polnud kindlat visiooni, kuidas saaks selliseid lapsi aidata. Aasta 2001 tõi töösse muudatused – hakkasime vastu võtma ainult poisse, sest renoveeritud oli vaid maja esimene korrus 16 kohaga ning ruumikitsikuse tõttu ei olnud eraldi osakondi poistele ja tüdrukutele. Muutsime majasisest töökorraldust nii, et kui laps meie majja suunati, siis jäi ta siia pooleks aastaks, näiteks jaanuarist juunini või augustist detsembrini. Alates 3. jaanuarist 2001 on koostöös haridusametiga avatud kasvatusraskustega laste klass, milles õppetööd viivad läbi 53. keskkooli õpetajad.

Samal aastal tegime kindlaks, et on lapsi, kes vajavad individuaalõpet, sest nende kooliharidus piirdub vahel mõne nädalaga (näiteks oli 16.a poiss kunagi käinud 2 nädalat esimeses klassis). Lõime lastele võimaluse tööhajumuste kujundamiseks: 2001. a augustis avasime Turvakeskuses puidutöökoja, et anda majas viibivatele lastele praktilisi puutöö oskusi. 2001. aasta sügisel alustasime koostööd Stockholmi Maria noortekliinikuga, kus on ravitud ja aidatud narkosõltlasi juba ligi nelikümmend aastat. Koostööprojekti kaasati turvakeskuse spetsialistide kõrval ka Tallinna Lastehaigla spetsialiste ning mõlemast keskusest 6 inimest sai Stockholmis vajaliku väljaõppe. Sotsiaalministeeriumi kaudu toimib koostöö Saksamaa Schleswig-Holsteini liidumaa sotsiaalministeeriumiga, mille raames saame täiendavaid koolitusi ning üks turvakeskuse töötaja ka nädalase väljaõppe Saksamaal.

2002. a aprillis avasime maja 2. korruse, kus on kaks osakonda sõltuvusprobleemidega lastele: 8-kohaline osakond tüdrukutele ja 10-kohaline poistele. Esimesele korrusele jääb 14-kohaline osakond poistele. Tänu uutele kohtadele on võimalik tihendada koostööd Tallinna Lastehaigla ning alustada sõltuvusprobleemidega tüdrukute aitamist. 2002.a. jätkub Rootsi spetsialistide igakuine supervisioon turvakeskuse ja lastehaigla spetsialistidele.

Turvakeskuse Nõmme tee keskusesse suunab lapse linnaosa lastekaitsetöötaja või alaealiste asjade komisjon või Tallinna Lastehaigla ning asutuses viibimise aeg on üldjuhul kuni 6 kuud. Kui mõni lapsevanem soovib oma lapse meie asutusse suunata, siis peab ta pöörduma elukohajärgse lastekaitsetöötaja poole, sest sõltuvusprobleemid ei ole seotud ainult lapsega ning seesugune pere vajab ka edaspidi lastekaitsetöötaja abi. Politsei võib meile tuua ainult neid lapsi, kes on meile juba varem suunatud linnaosa lastekaitsetöötaja poolt, kuid keda ei ole õnnestunud nende kodusel aadressil tabada. Lapsed, kes asutusse suunatakse, ei tule siia tihti peale vabatahtlikult ning seetõttu on meil kehtestatud spetsiaalne varjupaiga staatus ehk teisisõnu tegemist on erirežiimiga varjupaigaga.

Iga konkreetse sõltuvusprobleemiga lapse puhul on oluline võrgustikutöö, mis tähendab seda, et kui laps meile suunatakse, on juhtumi arutellu kaasatud linnaosa lastekaitsetöötaja, turvakeskuse osakonnajuhataja, juhataja, vajadusel lastehaigla spetsialist ning edaspidi ka lastekodukasvataja või vanemad sõltuvalt sellest, kuhu laps pärast asutusest lahkumist läheb.

See on meeskonnatöö

Turvakeskuse Nõmme tee keskuses on meeskond, kuhu kuuluvad juhataja, juhi abi, 1. korruse osakonna juhataja ja 2. korruse osakonna juhataja ning 30 sotsiaalpedagoogi. Kuna meil on 3 osakonda, siis on igas osakonnas korraga tööl 2 sotsiaalpedagoogi ning vastavalt tööseadusele on igas osakonnas kokku 10 sotsiaalpedagoogi. Et paljude laste puhul tuleb jätkata lastehaiglas alustatud ravi, on majas ka pool arsti kohta ja 4 õde, kes töötavad vahetustega nii, et korraga on mõlemal korrusel tööl üks õde. Lisaks on meil kaks poole koormusega töötavat psühholoogi, kellest üks töötab eesti ja teine vene lastega. Plaanis on palgata puidutöökoja meister. Majas toimub ka õppetöö, mida viivad läbi 53. keskkooli ja Õismäe Eriinternaatkooli õpetajad, kelle tööd tasustab Tallinna haridusamet. Hetkel käivad haridusametiga läbirääkimised ka eestikeelse baaskooli leidmiseks ning koduõppe võimaluste loomiseks alates 2002. a sügisest.

Iga laps, kes meile suunatakse, vajab individuaalset lähenemist. Osakonnajuhataja koos linnaosa lastekaitsetöötajaga täidab lapse kohta ankeedi, kus on info lapse taustast, sotsiaalvõrgustikust, probleemidest, õigusrikkumistest, oletatavatest sõltuvusprobleemidest jms; informatsioon koolist, et laps saaks meie majas õpinguid jätkata; perearsti kontaktandmed, sest nii on meie maja arstil lihtsam lapse haiguslugu koostada. Õde vaatab iga lapse läbi ning fikseerib tema tervisliku seisundi majja tulekul. On hea, kui on olemas vere analüüs. Kui ei ole, siis suunatakse laps meie poolt vajalikke analüüse tegema ning eriarstide juurde. Kuna väga paljud lapsed on elanud asotsiaalsetes oludes, siis on nende tervislik seisund väga vilets. Pärast meditsiinilist läbivaatust läheb laps osakonda, kus temaga hakkavad iga päev tegelema sotsiaalpedagoogid. Lapsed elavad varjupaigas kahe või kolmekesi toas.

Rehabilitatsiooni- ja kasvatusmeetodid

Iga lapse kohta avatakse toimik, mille kõige olulisem osa on lapse rehabilitatsiooniplaan, kus on näha lapse probleemid varjupaika saabumisel ja kuhu märgitakse ka meie tegevuse eesmärk lapse aitamisel. Paljude puhul on kõige suuremaks probleemiks see, et laps on kas narkomaan või toksikomaan. Psühholoog selgitab välja ka muud probleemid, millele on vaja tähelepanu pöörata. Rehabilitatsiooniplaani järgi jagatakse ülesanded meie maja spetsialistide vahel ning kord nädalas antakse lapse arengust ülevaade. Sotsiaalpedagoogid pakuvad narkosõltlastele pidevat sotsiaalset ja rehabiliteerivat tegevust, arendavad nende toimetulekuoskusi ja hügieeniharjumusi. Kasutusel on spetsiaalne laste motiveerimise süsteem. See võimaldab lapsel koguda päevas 60 punkti ning on jagatud 5 blokki: ärkamine, hommikune hügieen, osalemine õppetöös, vaba aja tegevused õues ja käitumine. Kui laps on käitunud korralikult, on tal nädala lõpuks 300 punkti ning siis pääseb ta koos sotsiaalpedagoogiga kinno, teatrisse, spordivõistlustele vms. Reeglite eiramine toob kaasa selliste võimaluste puudumise. Üldiselt võib öelda, et punktisüsteem on laste jaoks väga oluline ning punkte loetakse päris hoolega. Lastel, kellel on vanemad, on võimalik vanematega kohtuda, kui lapsevanem lepib osakonnajuhatajaga aja kokku, millal ta võib tulla. Igasuguste isiklike asjade toomine pole lubatud, et mitte tekitada vahet laste vahel, kellel on vanemad ja kellel neid ei ole. Hetkel peab kahjuks tõdema, et enamus lastest läheb meie majast edasi lastekodusse, sest neil pole vanemaid, kes suudaksid nende eest hoolitseda.

Väga oluline roll on meie tegevuses toetajatel. Tallinna Linnavalitsuse kõrval tahaksin tänada ka paljusid firmasid osalemise eest majas viibivate laste võimaluste avardamisel: Casino London'it, Roccal al Mare Kooli, AS Leibur'it, Dispak'i, OÜ Diffusio't, eraisik Madis Habakukke jt.

Tulemusi saab hinnata aastate pärast

Alates 2000. aasta sügisest kuni maini 2002. a. on tehtud tööd 78 sõltuvusprobleemidega lapsega. Lapse narkosõltuvusest võõrutamise edu oleneb edasisest elukeskkonnast, mistõttu mujal maailmas hinnatakse tulemusi alles 3 – 5 aasta pärast. Enamus lapsi on venekeelsed.

Hetkel arvame, et suudame aidata õigele teele ligikaudu pooled meile toodud lastest. Positiivseid näiteid on mitmeid, kui laps on hakanud koolis käima ja jätnud narkootikumid. Üks viimastest juhtumitest oli isegi selline, et meie majast koju tagasi pöördunud poiss püüdis tänavalt kinni ühe majast jooksus olnud poisi ja tõi ta meie juurde tagasi...

Narkosõltuvuse põhjustest ja ravist

Hollandi psühhiaater **MARTIEN KOOYMAN** on aastaid tegelenud sõltuvushaigete raviga. 30 aastat tagasi asus ta juhtima Hollandi esimest ravikommuni. Dr Kooymani arvates peitub sõltuvuse taga sageli lahendamata jäänud probleeme sõltuvusse jäänud inimese varasemas elus.

Narkosõltuvuse puhul tuleb alati vaadata, kas probleem on uimastites või hoopis elusündmustes, mis on viinud sõltuvuseni. Sageli ei suudeta sõltuvusel ja tarvitamisel vahet teha. Alkoholi tarvitatakse pidulike sündmuste tähistamisel, aga inimene võib seda tarvitada ka siis, kui tunneb end üksikuna, tahab oma pinget leevendada. Ta tarvitab alkoholi, et vabaneda negatiivsetest emotsioonidest, mis talle rahu ei anna. Alkohol võib küll näiliselt aidata, aga kui muid vahendeid oma tunnetega toime tulemiseks kasutusele ei võeta, siis tekib väga kergesti sõltuvus. Sama juhtub, kui inimene tarvitab narkootikume. Kes proovib neid lõõgastumiseks, kes uudishimust. Kui inimene tarvitab narkootikume selleks, et ennast paremini tunda, siis kujutab see endast ohtu. Inimese sõltuvusse jäämisele eelneb tavaliselt palju muid probleeme. Uimasti ei aita probleeme lahendada, vaid tekitab neid aina juurde. Ka nende laste elus, kes juba väga noorelt süstivad narkootikume veeni, oli tihti midagi valesti enne seda, kui nad hakkasid narkootikume tarvitama. Nad võisid tunda, et ei sobi ühiskonda, kus nad elavad, et nad ei ole teretunud ka omas perekonnas. Võib olla oli ema pidevalt masenduses ja isa joodik, võis juhtuda, et nad pidasid ennast pere probleemide põhjuseks. Lastega võib juhtuda väga raskeid asju. Raviasutuste andmed näitavad, et suur osa naissõltlastest on olnud seksuaalse väärkohtlemise, sealhulgas intsesi ohvrid enne, kui nad hakkasid narkootikume tarvitama. Hollandis tehtud uurimus tõestas, et pooled heroïinisõltlastest on juba enne narkomaaniks kujunemist sooritanud õigusrikkumisi. Nende jaoks on uimastid osa deviantsest elustiilist. Kuna narkootikum võimaldab probleemid unustada, pole selle tarvitamist kerge katkestada. Sõltuvuse suurenedes probleemid kuhjuvad: tervis läheb korrast ära, sind jälitab politsei, halvenevad suhted perekonnaga. Neil põhjustel tekib narkomaanil tahtmine tarvitamine lõpetada. Siis peab olema abi kättesaadav, sest ise ta loobuda ei suuda.

Rehabilitatsiooniprogramm annab häid tulemusi

Eestis peaks looma võimaluse, et pärast esmast kriisisekkumist - võõrutusravi - saaks narkootikumidest loobuda otsustanud inimene osaleda rehabilitatsiooniprogrammis, kus ta õpib, kuidas uimastivabalt elus hakkama saada. Enamikus maades töötavad ravikommuniid ja päevakeskused, mis pakuvad uimastivaba keskkonda. Need programmid on andnud häid tulemusi, kuigi mitte kõigi sõltlaste puhul. Võib minna aastaid, enne kui inimene otsustab, et uimastitest pole kasu, et need tekitavad talle ainult probleeme. Mitmetes maades läbi viidud uurimuste tulemustest on teada: umbes pooltele kommuuni ravile tulnud inimestele tähendab see otsus, et nad enam iialgi narkootikume ei tarvita. Kui inimene läbib rehabilitatsiooniprogrammi täies mahus, on ravi veelgi tulemuslikum. Piisavate rehabilitatsioonivõimaluste olemasolu tähendab, et paljud endised narkomaanid ei hakka enam sõltuma ühiskonna abist, ei pea enam minema haiglasse ega sattuma vanglasse. See säästab raha. Kui soovitakse raha kokku hoida, peab pakkuma rehabilitatsiooniprogramme, mis aitavad sõltuvusest vabaneda. Muidu tekitavad sõltlased oma elu lõpuni kulukaid probleeme nii endale kui teistele.

Uuringud on tuvastanud, et sõltlaste rehabilitatsiooni on oluline kaasata perekond, eriti vanemad. Hollandis on täheldatud, et need ravikommuni elanikud, kelle vanemad võtavad osa vanemate kokkusaamistest, saavad palju paremini hakkama: nad ei katkesta nii tihti teraapiat enneaegselt kui teised. Võib olla see, et nende vanemad püüavad kaasa aidata, annab sõltlastele tunde, et nad ei pea võitlema oma probleemiga üksi. Sellest on abi ka vanematel, sest teiste vanemate abiga saavad nad üle lootusetuse- ja süütundest, suudavad oma lapsi paremini mõista, ja see aitab taastada suhteid. Tegemist võib olla ka sõltlase elukaaslase või mõne teise lähedase inimesega. Pärast elamist ravikommunis või keskuses rehabilitatsiooniprogrammi läbimist, mis võib kesta väga pikka aega, tuleb neid inimesi ühiskonda tagasipöördumisel toetada, et nad saaksid jälle minna kooli, leida tööd, elukoha. Noorele inimesele tuleb leida ka tegevusi, mis teda huvitaksid: sport, muusika vms. See on programmi viimane etapp. Töö narkosõltlastega võtab aega, kuid on seda väärt.

Eneseusalduse puudumine viib sõltuvuseni

Muidugi tuleb teha kõik, et ennetada sõltuvusprobleemide tekkimist. Oluliseks kaitsefaktoriks on see, et inimene oleks endaga rahul. Enesehinnangule pannakse alus juba lapsepõlves, isegi esimeste eluaastate jooksul. Kui laps tunneb end maailmas aktsepteerituna, kui peresuhted on head, siis tal tekib usaldus enda ja teiste inimeste vastu. Niisuguse lapsepõlvega nooruki puhul ei ole võimalus narkosõltlaseks kujuneda kuigi suur. On ka bioloogilisi põhjusi: nii kehalised kui psüühilised traumad varases lapsepõlves, kui aju ei ole veel täielikult välja arenenud, võivad häirida endorfiini toimimist ja tõenäoliselt on sellise kogemusega inimestel risk sõltuvusse jääda suurem. Otsitakse ka geneetilisi seletusi sõltuvusse jäämisele, kuid mõningane seos pärilikkusega on seni leitud vaid alkoholismi puhul. Üldiselt on need siiski kõikvõimalikud muud probleemid, mis panevad inimest narkootilisi aineid tarvitama ja neist sõltuvusse jääma. Parim ennetus on see, kui lapsel tekib tugev side vanematega tema esimestel eluaastatel, kui vanematel on piisavalt aega lapse jaoks ja kui last ning vanemaid seob terve kiindumus. Tänu sellele tunneb inimene end ka edaspidi armastusväärseks. See ennetab mitte ainult sõltuvust, vaid ka paljusid muid probleeme.

HIV-positiivsena koolipinki

Anu Jõesaar

Ajakirjade Kirjastus

Umbes kolmsada HIV-positiivset last istus Eestis tänavu koolipingis. Neil lastel on õigus käia koolis, hoides oma nakatumist saladuses. See aga tähendab, et kõik koolid peavad arvestama võimalusega, et mõni nende õpilane on HIV-positiivne.

Esimesena said viirust kandvate õpilastega kaasnenud probleeme tunda erikoolid. Alljärgneva loo aluseks ongi nende koolide kogemused ja meediku kommentaarid. Mõnda erikooli kogemust ei saa ehk üks-üheselt tavakooli üle kanda. Tõenäoliselt satub erikooli suhteliselt rohkem narkomaane ja nakatunuid, teisalt on seal vähem lapsi, neid jälgitakse rohkem ja pedagoogid tunnevad lapsi põhjalikumalt. Ent HIV-positiivsete kooli ilmumiseega kaasnenud on kindlasti õpetlik lugeda ja arutada ka tavakooli töötajatel.

Kuidas see ilmnes

Esmalt tuleks küsida, miks see üldse välja tuli. Sest seaduse järgi ei tohi meditsiinilisi üksikasju avalikustada. Ometi ei tulnud esimesed teatavaks saamised kogemata.

Esimene HIV-positiivne koolipoiss sai avalikuks Viljandi lehe Sakala esiküljel. Puiatu erikoolis põhjustas see uudis shoki kogu kooliperes. Hirm tekkis nii õpilastel kui õpetajatel. "Inimesed pandi fakti ette – seni oli kõik olnud ikkagi kaugel," meenutab direktor Mart Kadaja. Tagantjärele hindab direktor, et ajakirjandus paisutas Puiatus toimunut üle. "Kõige rohkem muretsesime poisi veritsevate sügelisehaavade pärast," lisab ta.

Ometi peab direktor probleemiks, et tänini pole koostatud haiguste loetelu, milliseid põdevate õpilaste suunamine erikooli oleks vastunäidustatud.

Ka Kaagvere eriinternaatkooli õpetajad kuulsid HIV-positiivsete olemasolust oma koolis ajakirjanduse kaudu.

"See oli kaks aastat tagasi. Meile tuli see teade ajakirjandusest väga suure ootamatusena," räägib Valli Vahtel, direktori asetäitja kasvatusel. Ka Kaagveres oli esimeseks reageeringuks šokk, eriti töötajatel. "Õpilased olid ehk kõige rahulikumad, nemad ju ei kuulagi eriti raadiot," lisas Vahtel. Küll aga hakkasid kohe kooli helistama lapsevanemad, et me võtame oma lapse teie juurest ära.

Valli Vahtel leiab tagantjärele asja arutades, et iga esimene põhjustab suurema ehmatusel. Järgmiste HIV-positiivsete ilmumiseks oli kool juba paremini ette valmistatud.

Nimed hakkasid välja tulema kuidagi iseenesest – mõni laps hakkas sagedamini haigestuma, tema vastupanuvõime oli langenud. Mõnikord sai pedagoog asjast teada omavahelises vestluses. Kui laps on väga halvasti käitunud, midagi ära lõhkunud ja hakkad temaga rääkima, siis ta plahvatab välja: minul ei ole ju enam mõtet. Paar tüdrukut on koos tulnud ütlema, et neil ei ole enam mõtet elada.

"On kuidagi nii, et sellest ei räägita," kirjeldab Vahtel olukorda koolis. "Meile ei ole keegi teatanud peale tüdrukute endi. Mõni lihtsalt tuleb ühel päeval sulaselges šokiseisus, pealtnäha maru rõõmus, käib ringi ja räägib kõigile "mõtlege, mis mulle nüüd öeldi!" Teine hoiab seda kaua endas ja siis järsku ühel päeval tuleb ja ütleb."

Kui laps oma nakatumisest räägib, siis võiks pedagoog endalt küsida, miks ta räägib, kas ta on tegelikult positiivne või hoopis tahab olla kuidagi eriliselt koheldud. "Ka selline võimalus on olemas," lisab Vahtel.

Tervisekaitse inspeksiooni AIDSi Ennetuskeskuse arst-spetsialist Milvi Noode ütleb, et kool ei tohiks teada saada, kes õpilastest on HIV-positiivne. "Elukondlikult see ei nakka. Kui õpilaste seas teatakse, et keegi on viirusekandja – mis sellest õpilasest siis saab?" Noode arvates on tavakooli õpilasel küllalt suur võimalus oma nakatumist varjata. "Võib-olla teab seda medõde või arst, kellele vanemad on pidanud vajalikuks öelda," leiab Noode.

Praktikas tähendab see, et kõik koolid peaksid käituma nii, nagu oleks õpilaste seas ka HIV-positiivseid.

Mida kool peaks ette võtma

Kui hakatakse kahtlustama kelleski viirusekandjat, võib koolis ilmnedada suur asjatundmatus. "Isegi mõned õpetajad arvavad, et selle õpilase õpikuid ei tohi puudutada ega tema vihikuid parandada," toob näite doktor Noode.

Kaagvere kool võttis kohe ühendust AIDSi Ennetuskeskusega. "Ütlesime, et asi on kiire ja tuleb kohe midagi ette võtta. Puiatust oli kuulda, et tekkis väga suur paanika ja meie ei tahtnud seda mitte," meenutab Valli Vahtel. "Meile saadeti doktor Moroz. Saime väga palju teada. Tavainimene siiski ei tea kuigi palju AIDSi levikust - kui kaua viirus elab, kuidas levib. Tegime mitu koolitust eraldi täiskasvanutele ja lastele, kusjuures jätsime palju aega individuaalseks nõustamiseks. Iga töötaja või laps võis minna ja rääkida arstile ära kõik oma kahtlused ja mured."

Valli Vahtel rõhutab, et sellistes vestlustes ootab kool läbiviijalt suurt avameelsust. Kui tulla kooli ja hakata rääkima, et juhtunud ei ole midagi, siis jääb kooliperel tunne, et neid peetakse narriks. Täiskasvanu ei usu ilusat ümmargust juttu: tore, et teil on viirusekandja, aga siin midagi karta ei ole. On ikka karta küll... AIDSi ju surrakse. Seetõttu soovib Vahtel koolil hoolikalt valida, keda lektoriks kutsuda ja vajadusel lektorit kas või küsimustega õigesse rööpasse suunata.

Milvi Noode sõnul on igal koolil vaja asuda tõsiselt tegelema AIDSi ennetusega. "Teoorias võivad lapsed olla tugevad, aga kui asi läheb üle praktikasse, siis siin on meil ankeetküsitluse andmed esimese seksuaalvahekorra kohta: sada protsenti vastas, et olid sel ajal alkoholihoobes. Kondoomist ei saanud juttugi olla. Noor ei mõtle. Alles siis mõtleb, kui tegu on tehtud."

AIDSi Ennetuskeskuse töötajad käivad koolides rääkimas, aga eelistaksid, et õpilased pigem tuleksid nende juurde, sest siin ei ole koolikeskkonda ja loengut kuulates ei teki koolipingi tunnet. "Oleme püüdnud koolitada õpetajaid ja lapsi nii palju kui võimalik. Just õpetajate koolitus on vajalik, sest nemad annavad teadmisi edasi."

Valli Vahtel annab sellist nõu, et kui koolis tekib probleem HIV-positiivsega, on kõige parem leida usaldusisik nii lapsele kui ka tema kaaslastele ja vanematele. Keegi, kes probleemi tunneb ja seletada oskab. Haige laps on ju niigi palju kannatanud, küll oma rumalusest, küll millest tahes. Ta ei tohiks enam haiget saada.

Kaagveres ei ole praegu viirusekandjate nimed avalikult teada, ehkki osalt aimavad neid õpetajad ja osalt räägivad tüdrukud üksteisele. "Oleme kõigi laste suhtes ettevaatlikud," ütleb Valli Vahtel. "See ei tähenda muud, kui et peame kenasti koos töötama." Erikooli laste puhul on nende vabadus piiratud. Tavakoolis saab seesugune laps oma süsti tavaliselt kätte, elab oma uimas edasi ja on selle tõttu teistele isegi ohtlikum.

Erikoolis nad uimasteid kätte ei saa, aga neil tekib vajadus kaifi järele ja kui sellele lisandub tunne, et mind ei ole nagunii enam kauaks ja mind pole kellelegi vaja, siis seisab pedagoogidel ees tõsine töö, et noor inimene august välja tõmmata ja talle eluks motivatsioon leida.

Mida teha lastevanematega

HIV-positiivsete laste vanemate käitumine on ettearvamatult. Ka erikooli laste õpetajatele helistab emasid-isasid, kes alles äsja on saanud lapse HI-viirusest teada. On juhtunud, et last püütakse selle eest isegi karistada: kodunt välja ajada, demonstratiivselt tema nõusid eraldi panna. See on vanemate poolt justkui kättemaks – mis sa siis oled meil niisugune.

Milvi Noode hinnangul on Eestis töö vanematega väga unarusse jäetud. Mõnes kohas on uimastiteemalisele kohtumisele tulnud ainult paar lapsevanemat. Sealsamas kõrval on koole, kus vanemad on väga huvitatud. Kus inimesed narkoprobleemidega rohkem kokku puutuvad, seal on vanemad ka aktiivsemad ja vajavad kindlasti ka rohkem teavet. "Lastevanemate harimises on tööpõld veel väga lai: narkomaania tunnused, AIDS, HIV," tunnistab Noode.

Valli Vahtel arvab, et ka vanematele oleks kõige parem, kui nad leiaksid usaldusisiku ja tuleksid ning räägiksid oma muredest. Sest laps, olgu ta haige või terve, on ikkagi oma vanemate laps. Ja ta ei ole pere teistele liikmetele ohtlik.

Kas kool peaks oma HIV-positiivseid teadma?

"Direktorid muidugi tahaksid, et saaksid seinale nimekirja üles riputada," arvab doktor Noode, "aga seda ei tohi teha." Võib-olla väikeses maakohas tuleb asi ühel või teisel moel välja, aga linnas saab viirusekandja jääda täiesti anonüümseks. Sest kui vaadata statistikat, siis on hetkel viirusekandjate seas umbes 300 kooliealist, aga mitte keegi ei tea, mis koolis nad käivad.

Õpetajate seas on kaksipidi arvamusi, ütleb õpetaja Vahtel. Osa pedagooge on kindlal arvamusel, et nimesid peab teadma. "Kaagvere kool arvab nii, et oleks küll parem, kui me teaksime, aga see eeldab, et me oleme nii tugevad ja targad, et me seda mingil moel välja ei näita. Laps on ikkagi kõige tähtsam."

Kui on teada, kes see laps on, siis saab teda paremini jälgida. Kui ei ole teada, siis ei saa ju seda teha, siis peab iga tõrjutud last rohkem jälgima.

Kuna Kaagvere tüdrukud üldiselt oma viirusekandjaid teavad, siis võib pedagoog öelda, et kaaslased neid ei põlga. "Meil on väga rasked ja samas väga arukad lapsed. Positiivseid võib-olla hoitakse isegi rohkem." Aga Valli Vahtel lisab, et õpilaste suhtumine sõltub täielikult täiskasvanutest ja sellest, kui hästi asi on nõustamisega selgeks tehtud. "Positiivne laps ise vastutab selle eest, et ta teistele ohtlik ei oleks."

Samas võib laps, kui õhkkond tema ümber on kontrolli alt väljunud, tunda end nii halvasti, et võib muutuda ohtlikuks või hakata käituma teisi või ennast hävitavalt. "Ei maksa nende rumalaid tegusid üle tähtsustada, nad ei pea tundma end kangelasena. Muidu võivad nad verise nõelaga vehkides tervet kooli hirmu all hoida," leiab õpetaja Vahtel. "Ja võitlusvahendiks pole selles asjas ka kõigi koolimajas leiduvate nõelte ära korjamine. Eladeski ei ole võimalik ära korjata kõiki asju, millega on võimalik ennast torgata. Sellega näitab kool välja vaid oma hirmu."

Laste mõtteviisi kirjeldab hästi üks juhtum, kus Kaagvere tüdrukud kogusid kokku mingid rahustid, keetsid neist rituaalselt "heroiini" ja tõmbasid segu ühte süstlasse. Süstiti pingereas. Kõigepealt need, kes olid puhtad, siis see, kes oli kõige vähem haige olnud ja viimasena väga haige tüdruk.

Valli Vahtel arvab, et kui tavakoolis saadakse teada, kes nende seas on viirusekandjad, siis võib koolis tekkida lõhestumine. Peentest ja endast rohkem pidavatest peredest, kes on oma arust terved, võib tulla igasuguseid reaktsioone. Palju oleneb sellest, missugusest perest nakatunud laps pärineb.

"Aga nii ei tohi, et pilt pannakse lehte, nagu juhtus selle vaese Puiatu poisiga. Me ei kujutaks keegi ennast selles olukorras ette. Kusjuures need vaesed lapsed ei saa ju ravi, sest see on liiga kallis," lisab Valli Vahtel.

Milvi Noode hinnangul üldsus enam nii hullusti ei reageeri nagu Puiatu juhtumi korral. "Puiatu lugu oli esimene, nagu valge vares mustade seas. Teise, kolmanda ja neljanda lapsega enam nii ei juhtu."

Neid lapsi ei saa ju koolist minema saata. Küll aga puuduvad meil täielikult sellised rehabilitatsiooniasutused, kus HIV-positiivsed ja narkosõltlastest noored abi saaksid. Seal tehtaks tööd ka vanematega.

Viirusekandjate probleemi ei lahenda sellega, kui me lapse mingiks ajaks ühiskonnast eraldame, kinnitab Milvi Noode. Ükskord tuleb ta ju ikkagi meie sekka tagasi.

Õpetaja peaks teadma, et:

HIV elab ainult teatud kehavedelikes: veres, menstruatsiooniveres, tupevedelikus, eelspermas, spermas ja rinnapiimas. Selleks, et HIV leviks, peab üks nendest kehavedelikest sattuma HIV-positiivselt inimeselt terve inimese vereringesse. Seega levib HIV ainult kindlal viisil ja selle vastu on võimalik ennast kaitsta.

HIV-i levik:

- 1. Seks.** Inimene võib saada HIV-nakkuse, kui ta on kaitsmata seksuaalvahekorras (tupe-, pära- või suuseks) HIV-positiivse partneriga.
- 2. Süstimine.** Inimene võib saada nakkuse, kui ta süstib või torgib ennast sama süstlaga, mida on enne teda kasutanud HIV-positiivne. Samuti võib nakatuda ühiste nõeltega aukude torkamisel ja tätoveerimisel.
- 3. Emalt lapsele.** HIV-positiivne ema võib anda nakkuse edasi emaihus, sünnituse käigus või rinnapiimaga toitmisel.

HIV ei levi:

- HIV-positiivse inimese või aidsihaige puudutamisel, kallistamisel, suudlemisel. Pole teada juhtumit, kus nakkus oleks levinud pisarate, higi või sülje kaudu
- sama tualettruumi või töövahendite kasutamisel (arvuti, telefon).
- samade toidunõude kasutamisel
- koos HIV-positiivsega sporti või trenni tehes
- aevastamise, köhimise, nuuskamise ega putukahammustuse kaudu

Vereülekandega ja organite siirdamisega on HIV-nakkuse saamine peaaegu välistatud, sest kogu doonorveri ja -organid kontrollitakse mitmekordse HIV-testiga. Doonorina verd andes ei ole võimalik HIV-nakkust saada.

Allikas: AIDSi ennetuskeskus

Kuidas teha haridus lastele kättesaadavaks?

Triin Edovald

Lastekaitse Liidu programmijuht

Viimasel ajal on üha aktuaalsemaks muutunud märksõnad *võrgustikutöö* ja *erivajadustega laps* ning koolikohustust mittetäitvate laste suur arv. Miks need teemad leiavad nii suurt kõlapinda? Ilmselt oma seotuse tõttu: tagamaks iga lapse õigust haridusele, mis arendab välja lapse vaimsed ja kehalised eeldused ning kujundab tervikliku isiksuse, on vaja mitme osapoole koostööd. Viimane ei hõlma üksnes haridussfääris tegutsevaid inimesi, vajadusel tuleb lisaks lapsele ja tema perekonnale kaasata võrgustikku ka sotsiaaltöötajad ja -pedagoogid, koolipsühholoogid, lastekaitse- ja muud spetsialistid. Sealjuures on vaja täpsustada ja austada erinevate professionaalide rolle. Laste huvide ja vajaduste rahuldamise võimalusi silmas pidades pole aga hetkel haridus- ja sotsiaalsfääri omavaheline koostöö piisavalt efektiivne.

18. aprillil toimus Lastekaitse Liidu, Tallinna Pedagoogikauilikooli ja Harju maavalitsuse eestvõttel **konverents "Laps, haridus ja toetav võrgustik"**, mille eesmärgiks oli sotsiaal- ja haridusvaldkonna koostöö soodustamine, tagamaks iga lapse õigust haridusele. Konverentsil tutvustati uuendusi haridusseadustikus ja muudatusi koolivõrgus. Ühtlasi arutati erinevate lahendusvõimaluste vastavust lapse huvidele. Esinesid paljude valdkondade asjatundjad oma nägemusega positiivsetest lahendustest laste koolikohustuse täitmise toetamisel. Konverentsil oli osalejaid 226, kellest enamuse moodustasid omavalitsuste sotsiaaltöötajad ja lastekaitse spetsialistid. Ettekannete põhirõhk oli **erivajadustega laste ning koolikohustuse täitmisega seotud küsimustel**, vähem käsitleti sotsiaalsfääri ja võrgustikutööga seotud küsimusi erivajadustega lapse koolikohustuse täitmise toetamisel. Samas ei saa öelda, et võrgustikutöö oleks jäänud puudutamata: **Ave Henberg SA** Omanäolise Kooli Arenduskeskusest (OKA) andis ülevaate **koolivõrgustikutöö** hetkeseisust Eestis, tuginedes SA OKA ja Tartu Ülikooli sotsiaalpoliitika õppetooli programmi "Laps ja võrgustikutöö" raames 2000. ja 2001. a läbi viidud uurimustele.

Tartu Ülikooli professor **Jaan Kõrgesaar** pakkus oma ettekandes **lahendusi** hariduslike erivajadustega laste olukorra parandamiseks:

- Tavakoolid koos kohaliku võimuga peaksid täpsustama, kuidas jaotada vastutust sammude eest, mida koolis õpi- ja käitumiskeskuste ilmnemisel ette võetakse.
- Riik peaks toetama mis tahes tüüpi/tasemega koolide õpilastele osutatavat majutusteenust, sh ka turvakodus.
- Kõiki hariduslike erivajadusi tuleb vaadelda tervikuna, järk-järgult vastavaid seadusi täiendades.
- Tuleb aktsepteerida ideed, et lisaks kõigile põhimõtteliselt kättesaadavatele hariduslike erivajadusi ületavatele põhiteenustele võib teenuste hulk olla kohalike omavalitsuste, lastevanemate ja kolmanda sektori toel isikuti või paikkonniti suurem. Maksupoliitika peaks soodustama teenuste arendamist.
- Olemasolevad erikoolid peaksid jääma profiililt paindlikeks või sellisteks saama, täpsustama pakutavaid teenuseid kooskõlas Eesti või piirkonna vajadustega ning hakkama täitma piirkonna arendus- ja nõustamiskeskuse funktsioone.

- Harvaesinevate hariduslike erivajadustega laste koolid ehk ainukoolid peaksid saama järk-järgult juurde ressursse, et nõustada elukohajärgsetes tavakoolides õppivaid lapsi ja nende vanemaid, täites nii üha suuremal määral üleriiklike arendus- ja nõustamiskeskuste funktsioone.
- Vähemate õpiraskuste, kõnepuute ja käitumisprobleemide korral piisab pedagoogilisest diagnoosist, mille panemiseks saavad õpetajad väljaõpet.

Eesti laps on ühe jalaga võrgustikus ja teisega paraku väljas. Erivajadustega lapsed moodustavad võrgustiku ühe osa eelkõige seetõttu, et neid puudutavad hariduse kättesaadavuse ja koolikohustuse mittetäitmisega seotud küsimused kõige enam. Tegelikult on nad võrgustikust osaliselt väljas, kuna vajalikke samme erivajadustega laste võimaluste suurendamiseks ja nende abistamiseks pole ette võetud ning enamasti jäädakse ainult arutelu tasemele. Rääkimisest aga ei piisa, eelkõige oleks vaja **teaduslikke uuringuid** koolikohustuse mittetäitmise põhjuste kohta, mis annaksid aluse vajalike ja läbimõeldud meetmete rakendamiseks. Selles asjas ei ole õige jääda lootma vaid kolmanda sektori initsiatiivile.

Koolivõrgustikutöö hetkeseis ja osalejate koolitusvajadused

Ave Henberg

SA Omanäolise Kooli Arenduskeskus

Sihtasutus Omanäolise Kooli Arenduskeskus (edaspidi OKA) viis läbi programmi "Laps ja võrgustikutöö" raames ja koostöös Tartu Ülikooli sotsiaalpoliitika õppetooliga 2001.a I poolaastal uurimuse, et selgitada koolides valitsevaid arusaamu ja kogemusi võrgustikutööst ning kaardistada võrgustikutöös osalejate koolitusvajadused.

Peamiseks sihtrühmaks olid koolipsühholoogid ja –sotsiaaltöötajad ning klassijuhatajad. Nendele lisandus ka teiste ametite esindajaid, kes võiksid olla haaratud koolides arendatavasse võrgustikutöösse: huvijuhid, kooliarstid, koolijuhid, kasvatajad, logopeedid, eripedagoogid.

Valimisse kuulusid:

1. OKA poolt 2000 a. korraldatud võrgustikutööd tutvustava projekti "Usaldus toob lahenduse" koolitusseminaridel osalenud õpetajad, koolipsühholoogid ja koolisotsiaaltöötajad - 60 inimest üle Eesti (nn kontaktisikud).
2. Koolid, mille õpilaste arv on üle 600 ja kus seaduse järgi peaks töötama koolipsühholoog.
3. Erivajadustega õpilastega koolid, kus probleemide lahendamiseks võrgustikutöö arendamine peaks olema eriti oluline.
4. Koolid, mille kohta oli teada koolipsühholoogi ja/ või koolisotsiaaltöötaja olemasolu

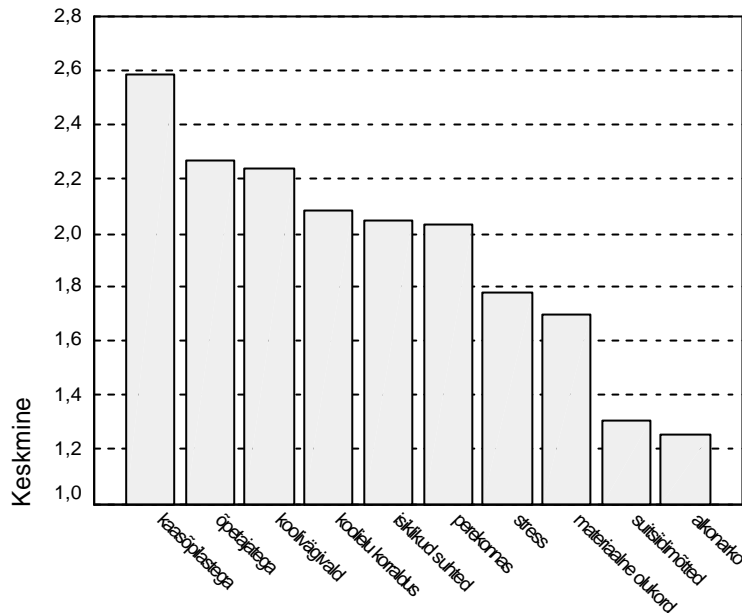
Üldprintsipiiks oli kõigi maakondade uuringusse kaasamine. Väljajagatud 380st küsitluslehest tagastati 254.

Küsimustik koosnes kolmest osast. Esimeses osas uuriti probleeme, millega küsitlavad oma igapäevases töös kokku puutuvad ning seda, koostöös kellega neid probleeme lahendatakse. Selles osas analüüsiti ka vastajate arusaamu võrgustikutööst. Küsitluse teises osas uuriti huvisid ja ootusi koolituse sisu ning vormi suhtes. Kolmandas osas küsiti vastaja üldandmeid, et vaadelda tulemusi maakondade, linna- ja maakoolide jne kaupa, mis võimaldab välja töötada efektiivsed koolitusprogrammid.

Esimese küsimuse - **kuivõrd on õpilased Teie poole pöördunud järgmiste probleemidega** - eesmärgiks oli uurida vastajate kokkupuuteid levinumate õppetööväliste probleemidega. Probleemide esinemise sagedus näitab probleemi kaalukust koolis. Probleemiga kokku puutumise intensiivsus näitab ka õpilaste oskust, julgust, tahet ja vajadust oma probleemidest rääkida ning samas ka rääkimise võimalust.

Joonis 1 kujutab õpilaste pöördumist küsitletu poole oma murede ja probleemidega skaalal: 1 - üldse mitte, 2 - mõnikord, 3 - sageli

Joonis 1. Õpilaste mured ja probleemid ning pöördumise sagedus



Kõige sagedasemaks pöördumise põhjuseks on probleemid kaasõpilastega suhtlemisel. Suhtlemisprobleemide kategooriasse kuulub ka koolivägivald ja -kiusamine. Koolivägivallaga ligikaudu võrdselt räägitakse probleemidest õpetajatega suhtlemisel. Erilist tähelepanu väärivad suitsiidimõtete probleemistik, millega on kokku puutunud tervelt 30% vastanutest. Kuigi ainult 0,4 % vastajatest märkis, et on probleemiga kokku puutunud sageli, oleks keskmiselt 1000 õpilasega linnakooli kohta 4 sagedast suitsiidiprobleemi siiski väga palju. Suitsidaalsuse määr on ühiskonna vaimse tervise olulisim näitaja. Suitsiidimõtete tekkimise eeltingimuseks on pikaajaline stress, mille esinemine on samuti sagedane.

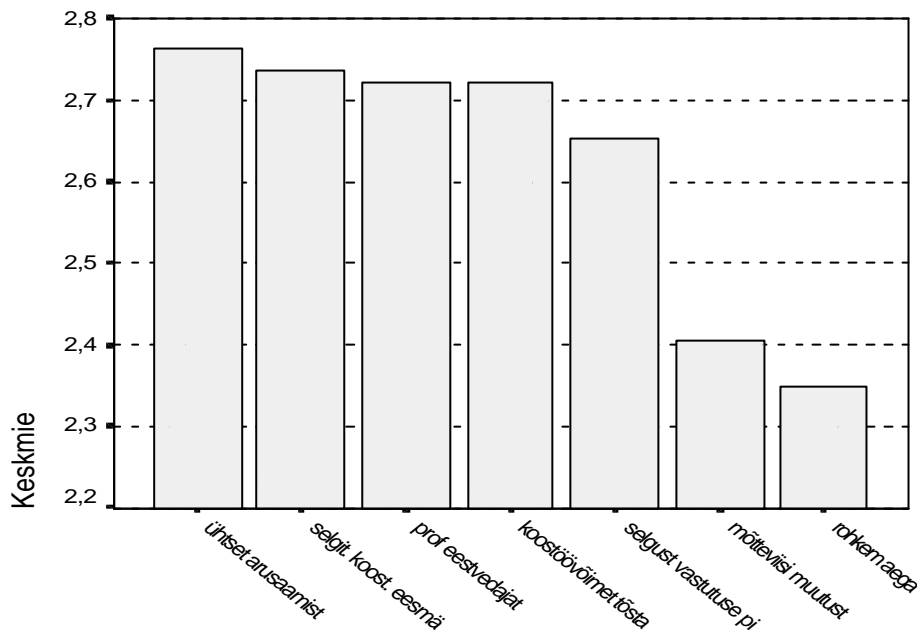
Märkimist väärivad alko-narkoprobleemi vähene kajastumine vastustes, kuigi avalikkuses olukord üha rohkem aktualiseerub.

Järgmiste küsimustega püüti uurida, **kuidas on vastajad harjunud koolis ilmnevaid probleeme lahendama** ning sellest tulenevalt tegema **järeldusi võrgustikutöö olemasolu ja taseme kohta koolis**. Seda püüdsime uurida mitme küsimuse kaudu, kusjuures küsimuste mõte jäi samaks.

Neljas küsimus uuris vastaja suhtumist sellesse, kas tema arvates on õige töös ette tulevate probleemidega pöörduda kolleegide poole. Ainult 11,2% vastajaist väitis, et pöördub sageli probleemidega kolleegide poole, 20,6% ei pidanud seda aga üldse õigeks. Samas vastas 67,2% küsitletutest 11. küsimusele, kas õpilaste probleemide lahendamiseks tehakse koostööd kolleegidega, et teeb seda sageli.

Tulemusi analüüsidest ilmnes vastustes tuntav vastuolu: kui 4. küsimuse vastustest võis järeldada, et esineb tugev tendents lahendada probleeme iseseisvalt ja üksinda, siis 11. küsimuse vastustest selgub, et kolleegide koostöö on koolis väga levinud. Küsitluse tulemusi tervikuna vaadeldes võib siiski öelda, et siiani on vastajad harjunud probleeme üksinda lahendama. Sellest annab tunnistust see, et 12. küsimusele "mida oleks vaja teha võrgustikutöö arendamiseks Teie koolis" vastati, et kõige tähtsam on kujundada ühtne arusaam võrgustikutööst ning suurendada kollektiivi koostöövõimet.

Joonis 12. Mida oleks vaja võrgustikutöö arendamiseks minu koolis.



Skaala: 1 - ei ole oluline, 2 - võibolla ka seda, 3 - seda kindlasti

Vastustest selgub, et koolides puudub ühtne arusaam võrgustikutöö olemusest ja vajalikkusest. Paljudes vastustes rõhutati, et kooli võrgustikutöö tulemuslikuks arendamiseks oleks vaja professionaalset eesvedajat. Praegu on siiski 73,2 % vastajatest arvamusel, et võrgustikutööd peaks algatama ja koordineerima kooli juhtkond. See näitab ebaõiget ettekujutust võrgustikutööst, kuna üldjuhul peaks sotsiaaltöötaja olema koordineerija ning juhtkond soodustaja rollis. Samas on nimetatud väärarusaama kujunemise põhjuseks suuresti see, et sotsiaaltöötaja ametikoht on vaid üksikutes koolides ning vastajal lihtsalt puudub võimalus tema poole pöördumiseks. Ühtlasi märkis 77,2% vastajaist, et kool vajab efektiivseks toimimiseks ja laste heaolu tagamiseks hädasti oma meeskonda sotsiaaltöö spetsialiste.

Sooviti ka teadmisi probleemsete perede ja lastega toimetulekuks, seadustest tulenevate võimaluste tundmaõppimist, samuti infot tugiorganisatsioonidest ja sellest, kuidas taastada oma töövõimet ning määrata oma rolli õpilaste suhtes.

Erinevatest koolitusviisidest peeti kasulikumaks treeningut väikestes gruppides ja loenguid, sageli olid märgitud ka töötuba, kus saab asju praktiliselt läbi proovida. Oluline on teada, et kui alla 20-aastase staazhiga vastajad soovisid peamiselt pikaajalist süsteemset koolitust väikestes gruppides, siis üle 20-aastase staazhiga isikutest (vastajate üldarvust 33,9%) pidas 47% pikaajalist koolitust ebaotstarbekaks ning soovis peamiselt lühiajalist koolitust loengute vormis.

Mõjuvama tulemuse nimel on väga oluline jätkuv süsteemne koolitus, mille kaudu omandatakse praktilisi kogemusi ja mängitakse läbi võimalikud juhtumid. Seetõttu on tarvis esmalt murda vanemaealise koolipersonali kartus (?) sisulisemate ja sügavamate koolitusvormide suhtes.

Kokkuvõtteks võib öelda, et arvestades käesolevas artiklis tutvustatud küsitluse tulemusi ning ka Lastekaitse Liidu projekti "Ei vägivallale" raames tehtud järeldusi, esineb paljudel õpilastel erineva sisu ja kaaluga probleeme. Kuna aga enamikus koolides puuduvad nende probleemidega tegelemiseks spetsialistid, eelkõige sotsiaaltöötajad, siis ei ole kedagi, kes kooli võrgustikutööd koordineeriks ning selle mõtet ja vajalikkust seletaks. Võrgustikutöö puudumise tõttu ei ole ka inimesi, kes noore inimese probleeme varakult tuvastaks ning nende tulemuslikule lahendamisele kaasa aitaks.

Eesti koolides valitseb hetkel olukord, kus ei mõisteta võrgustikutöö vajalikkust, asjaosalised lahendavad probleeme üksinda ja üldine koostöövõime on nõrk. Olukorra muutmiseks oleks vaja, et kõik kooli võrgustikutöö arendamisega tegelevad isikud ja institutsioonid töötaksid üheskoos välja võrgustikutöö arendamise tegevuskava ning hakkaksid seda siseriiklike ja välismaiste toetajate abil ellu viima. Viimased neli aastat on näidanud, et üksikud seminarid ja konverentsid ei suuda anda tõuget kooli võrgustikutöö arenguks.

* Kõik küsitluse andmed koos analüüsiga on alates juunikuust väljas internetis aadressil www.oka.ee

Toetused ja töötamine

Reelika Leetmaa

Poliitikauuringute Keskus PRAXIS

Üha sagedamini on hakatud rääkima, et suur osa toetuse saajatest polegi töötamisest huvitatud. Ka viimases *Sotsiaaltöö* ajakirja numbris viitab E. Kruzman Ida-Virumaa töötute elanikkonna sotsiaalse mahajäämuse põhjustest kirjutades, et vaatamata tööpuuduse kõrgele tasemele maakonnas on osa töötutest otsustanud töötamise asemel elada toetustest. Toetuste mõju uurimine inimeste töömotivatsioonile oli ka Poliitikauuringute Keskuses PRAXIS äsja valminud uuringu "Sotsiaaltoetuste efektiivsus ja mõju" üheks eesmärgiks.

Uuringu metoodika

Sotsiaaltoetuste mõju tööjõu pakkumisele on uuritud nii Euroopas, USAs kui Kanadas. Näiteks leidis Nickell (1997) OECD riikide andmetele tuginedes, et toetuste suurendamisel 10% võrra või toetuste maksmise perioodi pikenedes kasvab töötuse määr 1% võrra. Toetuste negatiivset mõju tööturule on kinnitanud ka teised uuringud (vt nt O'Leary ja Wadner 1997, Börsch-Supan 2000).

Toetuste mõju analüüsimisel kasutatavad meetodid ulatuvad lihtsatest tabelitest ja diagrammidest keerukate ökonomeetriliste arvutusteni. Käesolevas uurimistöös kasutati toetuste mõju hindamiseks kolme meetodit:

1. Erinevate leibkonna tüüpide sissetulekute võrdlemine töötamise ja mittetöötamise korral.
2. Ökonomeetiline analüüs – staatilise tööjõupakkumise mudeli põhjal hinnati, kuidas mõjutavad sotsiaaltoetused töötamise tõenäosust.
3. Kvalitatiivanalüüs –süvaintervjuud maakondade sotsiaalabi- ja töehõiveametite töötajatega.

Alljärgnev on kokkuvõtte uuringu olulisematest tulemustest.

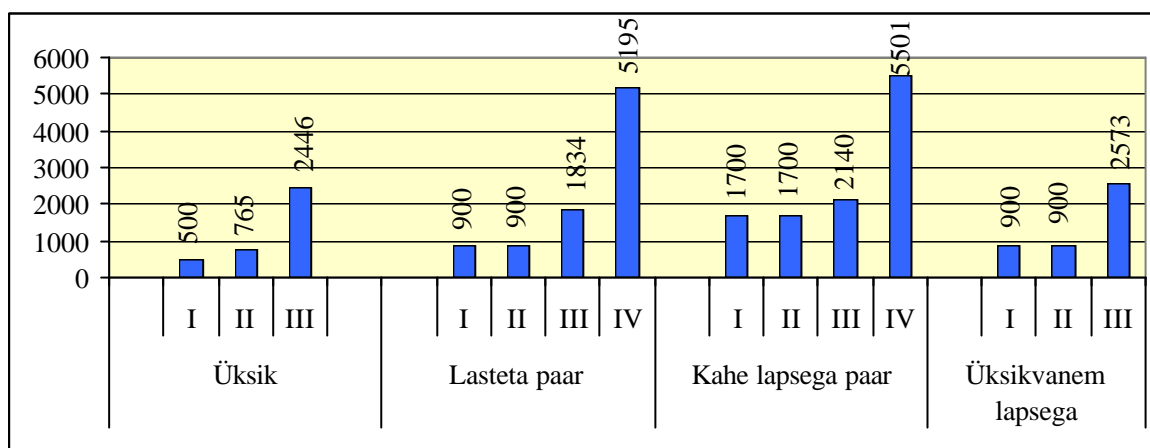
Sissetulekud töötamise ja mittetöötamise korral

Sissetulekute võrdlemiseks töötamise ja mittetöötamise korral on oluline arvestada pere koosseisu, kuna erinevatele peretüüpidele mõeldud toetused on erinevad. Näiteks lisandub lastega leibkonna sissetulekule lapsetoetus, erinev on leibkondade toimetulekupiir ning eluasemekulutused. Seetõttu arvutati töös nelja peretüübi sissetulek: üksik, lasteta paar, 4- ja 6-aastase lapsega paar ning 4-aastase lapsega üksikvanem. Leibkonna sissetulekuna arvestati netotulu, millele liideti toetustena saadav summa ning millest lahutati leibkonna eluasemekulud¹.

¹ Leibkonna lõppsissetulek=netopalk+töötute abiraha+lapsetoetus+toimetulekutoetus-eluasemekulud.

Keskmiseks brutopalgaks võeti OECD ja Euroopa sotsiaalkindlustuskoodeksi meetodikat järgides tööstuses töötava meeslihttöölise keskmine palk. 2000. aastal oli see Eestis 3671 krooni. Kõik arvutustes kasutatud arvud – miinimumpalk, tulumaksuvaba miinimum, eluasemekulud - põhinevad 2000. aasta andmetel (vt joonis 1).

Joonis 1. Sissetulekud palgatööst ja toetustest 2000. aastal peretüüpide järgi



Üksik, üksikvanem lapsega – I leibkond ei tööta, saab toetust; II saab miinimumpalka; III saab keskmist palka.

Lasteta paar, paar kahe lapsega – I leibkond ei tööta, saab toetust; II üks saab miinimumpalka, teine ei tööta; III mõlemad saavad miinimumpalka; IV mõlemad saavad keskmist palka.

Joonisel on näha, et üksiku inimese sissetulek miinimumpalgaga töötamise korral ületab toetustena saadavat summat 265 krooni võrra. Arvestades, et tööl käimisega võivad kaasneda kulud näiteks transpordile ja riietusele, tuleb miinimumpalka saaval inimesel põhjalikult kaaluda, kas töötamine on majanduslikult kasulik.

Lasteta paari sissetulek, juhul kui mõlemad saavad miinimumpalka, on küll märgatavalt suurem kui toetustest saadav summa, kuid kui üks leibkonnaliige kaotab töö, pole ka teisel majanduslikult mõtet töötada miinimumpalgaga.

Kahe lapsega paari sissetulek miinimumpalgaga töötamise korral on 440 krooni võrra suurem toetustena saadavast summast. Samas tuleb arvestada, et ka omavalitsused pakuvad töötute peredele mitmeid toetusi, näiteks lasteaiamaksu kompensatsioon, millega käesolevas näites pole arvestatud. Seega on küsitav, kas 440 krooni võrra suurem sissetulek on ikka majanduslikult kasulik. Nii nagu lasteta paaril, pole ka kahe lapsega paari ühel liikmel mõtet jätkata töötamist miinimumpalga eest, kui teine kaotab töö.

Miinimumpalgaga üksikvanema sissetulek on sama suur, kui toetustest elades. Põhjuseks eelkõige see, et miinimumpalgaga töötades tuleb tasuda eluasemekulud, mittetöötamise korral saab leibkond aga eluasemetoetust. Pärast eluasemekulude tasumist jääb nii töötamise kui ka toetuste saamise korral kätte sama summa.

Eelpool toodud arvutustest järeldub, et keskmise palgaga on üldjuhul mõtet töötada, miinimumpalgaga töötamine pole aga enamasti majanduslikult mõttekas. Jagades näites toodud leibkonna lõppsissetuleku pereliikmete arvuga selgub, et toetustest on kasulikum elada juhul, kui leibkonna sissetulek on keskmiselt 450 krooni pereliikme kohta. Allapoole nimetatud piiri jäi 2000. aasta leibkonnaeelarve uuringu andmetel esimesse tulukvintiili kuuluvate leibkondade sissetulek. Statistikaameti hinnangul kuulub esimesse tulukvintiili 361,2 tuhat inimest, kellest töötamise või mittetöötamise dilemma puudutab maksimaalselt 72 tuhat inimest. (Statistikaamet, LEU 2000). Tööjõu-uuringu andmetel oli Eestis 2000. aastal 96,5 tuhat töötut, kellest 92,7% ehk 89,5 tuhat polnud nõus töötama alla 2000-kroonise kuupalgaga (Statistikaamet, ETU 2000).

Teiseks oluliseks parameetrikts toetuste suuruse kõrval on toetuste maksmise kestus. Vaadates eeltoodud näite alusel toetuste ajalist kestust, selgub, et kaheaastase perioodi vältel toetussumma ei vähene. Eesti toetussüsteem tagab seega pikaks ajaks ühesuguse suurusega toetuse. OECD riikide kogemused näitavad aga, et madala määraga toetus, mille maksmise ajaline kestus on limiteerimata, võib olla töötamise motivatsioonile negatiivsema mõjuga, kui suhteliselt kõrge määraga toetus, mida makstakse vaid mõned kuud (OECD 1999a).

Lisaks eeltoodule tõendavad uuringu tulemused, et leibkonna sissetulek töötü abiraha saamise korral ei erine üldjuhul toimetulekutoetusena saadavast sissetulekust. See tähendab, et töötü abiraha ja toimetulekutoetuse eesmärgid on segased. Üldjuhul peaks toimetulekutoetus olema n.ö viimaseks abi saamise allikaks. Töötü abiraha eesmärk peaks olema siluda töö kaotanud inimese sissetulekut töötütsingu perioodil, et toetada aktiivset töötütsingut. Eestis on aga töötü abiraha niivõrd madal, et töötul tuleb sellele lisaks taotleda ka toimetulekutoetust.

Ökonomeetiline analüüs

Uuringu ökonomeetrilise mudeli aluseks valiti staatiline töötütsupakkumise mudel. Analüüsimisel kasutati Statistikaameti poolt 2000. aastal läbi viidud leibkondade eelarve uuringu lähteandmeid. Tulemused näitavad, et toimetulekutoetus ja töötü abiraha ei avalda töötütsamise tõenäosusele keskmiselt olulist mõju. Lastetoetuse suurendamine keskmiselt 100 krooni võrra vähendab naiste töötütsamise tõenäosust keskmiselt 1,2 protsendi võrra ehk teisisõnu 1000 naisest otsustaks töötütsamisest loobuda 12. Samas ei mõjuta lastetoetused meeste töötütsamise tõenäosust.

Ka joonisel 1 toodu viitab sellele, et toetused avaldavad mõju madalapalgaliste inimeste töötütsamise tõenäosusele. Kahjuks ei võimaldanud lähteandmete vähesus hinnata mudeli abil toetuste mõju eraldi madalapalgalistele inimestele. Toetuste täpsem ökonomeetiline analüüs eeldab suuremat küsitlusandmete mahtu või registreeritud andmete kasutamise võimaldamist.

Kvalitatiivanalüüs

Uurimistöö huvides viidi 2001. aasta mais läbi intervjuud maakondade sotsiaalabi- ja tööturuinstitutsioonide töötajatega. Intervjuude eesmärk oli välja selgitada, kas ametnike hinnangul võivad sotsiaaltoetused osutada alternatiiviks töötamisele. Valimisse võeti nii kõrge, keskmise kui ka madala töötuse taseme ja toimetulekutoetuse vajadusega maakondade ametnikke. Intervjuud viidi läbi üheksas maakonnas ja kolmes Tallinna linnaosas. Kokku intervjueriti 42 ametnikku.

Intervjuudest selgus, et ekspertide hinnangul:

- on sageli kasulikum elada toetustest, sest palgad on madalad
- on levinud toetuste taotlemine ja samaaegselt nn mustalt töötamine
- pole õige, et toetusi makstakse sisuliselt ajalise piiranguta ning et toetuste süsteemis puuduvad töötamisele aktiveerivad elemendid
- on pikaajalise töötuse tagajärjel kujunenud olukord, kus paljud noored pole näinud oma vanemaid töötamas ning on väga tõenäoline, et sellisest perekonnast pärit lastel tekib probleeme koolis ja hiljem ka tööturul

Alljärgnevalt mõned intervjuudes kõlama jäänud arvamused:

“Paljude töötute arvates on soodsam tegelda paar päeva kuus sotsiaaltoetuste taotlemisega, omada piisavalt vaba aega ja teha aeg-ajalt nn musti otsi, kui käia regulaarselt vahetasustataval töö.”

“Toetused on liiga väiksed, kuid kui võrrelda palku, mida inimesed saavad, siis toetustest võib sageli paremini ära elada kui alampalgast. Iga päev 8 tundi töötav inimene peaks toime tulema tunduvalt paremini kui töötu. Tööandjate poolt alampalga maksmine välistab motivatsiooni üldse tööd otsida ja töötada. Töötaval inimesel on ju hoopis rohkem kulutusi (transport, toit ja korralik riietus). Ja sellepärast inimesed otsustavadki mitte tööle minna.”

“Levima on hakanud uus sündroom – osa töötuid ei tule THA-sse mitte tööd otsima, vaid töötu kaarti saama, et siis sotsiaallosakonnast toimetulekutoetust saada. Nad pole töö otsimisest üldse huvitatud. Suur osa inimesi on orienteeritud ainult sotsiaaltoetustest elamisele.”

“Inimestel on lihtsam elada toimetulekutoetusest, kui otsida tööd, sest mis mõtet on minna miinimumpalgaga tööle. Toimetulekutoetust peab kindlasti makstama ajalise piiranguga. Enamus töötuid töötab “mustalt”. Mitte mingi seadus ei sunni neid otsima legaalselt tööd. Kuidas stimuleerida tööotsinguid, kuidas motiveerida töötuid tööd leidma ja mitte elama toimetulekutoetusest?”

“Paljudel töötute peredest pärit noortel puudub huvi õppimiseks ja töötamiseks. Tekivad töötute dünastiad, tööpuudus ja abivajadus üha süveneb.”

Järeldused

Uurimuse põhjal võib öelda, et:

- sotsiaaltoetused on Eestis küll madalad, kuid kuna madalad on ka palgad, siis on sageli kasulikum elada toetustest, kui töötada
- sotsiaaltoetused, eriti töötute abiraha ning toimetulekutoetus on oma iseloomult passiivsed ega motiveeri inimesi töötama

Sellest tulenevalt leiti, et madalapalgaliste inimeste töötamise motiveerimiseks tuleks toetussüsteemis panna suuremat rõhku aktiveerivatele elementidele. Teisalt peab töötamine olema ka majanduslikult kasulik.

Toetuste süsteemi aktiveerimiseks on mitmeid võimalusi. Näiteks vajab täpset defineerimist sobiva töö mõiste. Enamus Euroopa riike on kehtestanud detailsed kriteeriumid sobiva töö määratlemiseks. Belgias võimaldavad sobiva töö kriteeriumid isegi kuni neljatunnist reisimist kodust tööle ja tagasi tööpäeva jooksul. Taanis tuleb töötule sobivat tööd pakkuda vaid esimestel töötötsingu kuudel, hiljem on töötute kohustatud vastu võtma igasuguse töö (OECD, 2000). Eesti seadustes pole sobiva töö mõistet siiani defineeritud. Aktiivse töötötsingu ja tööturuprogrammides osalemise nõue on samuti vahendid toetuse saajate aktiveerimiseks.

Et inimesel tekiks tahtmine töötada, peab töötamine olema majanduslikult kasulik. Selles kontekstis on üheks võimaluseks miinimumpalga tõstmine. Samas tuleb arvestada, et miinimumpalga tõus võib avaldada mõju töötötsunõudlusele. Teiseks võimaluseks on toetuste maksmise jätkamine teatud suuruses, kui inimene on nõus vastu võtma madalapalgalise töötö. Mitmed Euroopa riigid, sh Belgia, Saksamaa ja Inglismaa, võimaldavad kindlaksmääratud tingimustel saada sotsiaaltoetust paralleelselt töötamisega. Toetuste maksmine madalapalgalistele inimestele (*Earned Income Tax Credits*) on levinud ka USAs.

Toetuse saamise kriteeriumite karmistamisel tuleb tagada, et toetuse saajatel on ka tegelikult võimalus töötötsunõudluse programmides osaleda. Täna osaleb töötötsunõudluse programmides vaid ligi 10%-i töötötsunõudluse ametis registreeritud töötutest. Samuti on oluline jälgida, et töötötsunõudluse ametite ressursid oleks vastavuses lisanduva töötötsunõudlusega. Eelmisel aastal oli töötötsunõudluse ameti konsultantide ja töötute suhe 1/250, mis ületab teiste Euroopa riikide vastavat suhtarvu mitmekordselt.

Kokkuvõttes võib öelda, et sotsiaaltoetuste ja tööturul toimuva vaheline seos on oluline. Nende kahe süsteemi positiivse koostöötö jaoks tuleb analüüsida toetussüsteemi terviklikult. Suhteliselt kõrge määraga sotsiaaltoetused ei pruugi tööturule negatiivset mõju avaldada, kui nende saamise kriteeriumid on sellised, mis ühelt poolt sunnivad ning teisalt pakuvad inimesele võimaluse võimalikult kiiresti tööturule tagasi pöörduda. Kindlasti tuleks Eestis ka toetusi tõsta, kuid enne vajavad läbivaatamist erinevate toetusliikide ja miinimumpalga vahelised proportsioonid, toetuste eesmärgid ja maksmise kriteeriumid.

Kasutatud kirjandus

Börsch-Supan, A. Incentive effects of social security on labor force participation: evidence in Germany and across Europe, *Journal of Public Economics*, Vol. 78, 2000.

Nickell, S. Unemployment and labor market rigidities: Europe versus North America. *Journal of Economic Perspectives*, Summer, 1997.

OECD a) *Benefit Systems and Work Incentives*, 1999 Edition, Paris, 1999.

OECD. *Employment Outlook*. July 2000, Paris, 2000.

O'Leary, C., Wandner, S. A. (eds.), *Unemployment Insurance in the United States*, W.E. Upjohn Institute for Employment Research, Michigan, 1997.

Statistikaamet, Eesti tööjõu-uuringud, 1995-2001, <http://www.stat.vil.ee/l-market/index.html> [10.12.2001].

Statistikamet, *Leibkonna Elujärg 2000*, Tallinn, 2001.

Eluasemeteenuse osutamine Tallinnas

Uku Torjus

Tallinna Linnavalitsuse Sotsiaal- ja Tervishoiuamet

Sotsiaalhoolekande seaduse § 14 sätestab kohaliku omavalitsuse kohustuse anda eluruum isikule või perekonnale, kes ise ei ole suuteline seda oma perekonnale tagama. Tallinna linnavolikogu on 15. jaanuaril 1998. vastu võtnud määruse "Sotsiaaleluruumide andmise ja kasutamise eeskiri Tallinnas". Nimetatud eeskirja kohaselt on sotsiaaleluruumi õigustatud subjektiks Tallinnas alaliselt elavatest isikutest üksi elavad vanurid ja puuetega inimesed, kes vajavad kõrvalabi ja kelle hooldamine olemasolevas eluruumis ei ole võimalik, samuti vähekindlustatud kriisipered, kes vajavad regulaarselt sotsiaalteenuseid. Tallinnas alaliselt mitteelavatest isikutest võivad sotsiaaleluruumi taotleda lastekodust või erikoolist tagasi pöördunud ning kinnipidamiskohast vabanenud isikud, kes enne lastekodusse või erikooli suunamist või kinnipidamiskohta paigutamist elasid Tallinnas.

Üksinda elavate vanurite ja puuetega inimestega sõlmitakse üürileping kuni 5 aastaks, teistega sõlmitakse üürileping kuni üheks aastaks. Sotsiaalkomisjoni otsusega on üürilepingut võimalik ka pikendada. Üürilepingu pikendamisel lähtutakse:

- regulaarsete sotsiaalteenuste osutamise vajalikkusest
- senise sotsiaaleluruumi sobivusest isikule
- eluasemekulude tähtaegse tasumise nõude täitmisest
- õigusaktidest ja üürilepingutest tulenevate teiste kohustuste täitmisest.

Elamu muutmise sotsiaalmajaks ja korteri muutmise sotsiaalkorteriks otsustab linnavolikogu. Praeguse seisuga on Tallinnas 942 sotsiaalkorterit.

Enamjaolt on sotsiaalkorterid koondatud sotsiaalmajadesse ning eakatele ja puuetega inimestele on seal korraldatud ka sotsiaalteenuste osutamine. Sotsiaalmajades, kus oma hoolduspersonali ei ole, on hooldusteenus korraldatud linnaosa valitsuse koduhooldusteenusena. Sotsiaalmajade elanikel on võimalus oma majas kasutada ka mitmeid olmeteenuseid, nagu näiteks juuksur, pesupesemine jne.

Mõningaid kogemusi sotsiaalpinna haldamisest

Ülari Tiits

OÜ Linden Varahaldus juhatuse liige

Vastavalt sotsiaalhoolekande seadusele on sotsiaalkorter munitsipaalomandis olev eluruum sotsiaaltoetust vajavale isikule. Sotsiaalkorteri andmise ja kasutamise korra kehtestab kohalik omavalitsus. Lisaks sotsiaalkorteri nime kandvatele eluruumidele tuleks sellesse nimistusse lülitada ka endised ühiselamud, mis on omavalitsuse hallata ja kus toad on erastamata. Tavaliselt on need asustatud inimestega, kes ei ole võimelised endale muud pinda ostma või rentima. Seepärast kasutan edaspidi mõistet sotsiaalpind, pidades silmas kõiki pindu, mis on mõeldud sotsiaalset toetust ning järelevalvet vajavatele inimestele. Sotsiaalkorteri andmise kord on üldreeglina kõigil tasanditel peensusteni läbi mõeldud ja täpselt fikseeritud. Seevastu haldamisega on probleeme enam kui küll.

Elanikud

Sellistele pindadele majutatakse inimesi üldjuhul tähtajalise üürilepingu alusel ja neil ei ole teada, mis juhtub pärast lepingu lõppemist. Selgitatud pole ka lepingu jätkamise või lõpetamise tingimusi. Halva mõjuga on lühiajalised, st 1- 2 aastaks sõlmitud lepingud. Nii lühikene aeg tekitab elanikes "kohvril elamise" meeleolu ja kajastub otseselt suhtumises ümbritsevasse ja oma naabritesse. Ka nendel peredel, kes sooviksid elada sotsiaalselt täisväärtuslikku elu, on see suhteliselt raske, sest osa üürnikest elab kõige halvemas mõttes "ühiselamu" stiilis. Väljapääs mitterahuldavast olukorrast leitakse mõnikord eraldatud munitsipaalpinna allrendile andmises ja saadud raha eest erastatud korteri üürimises.

Omaette probleemi moodustavad pered, kus osa liikmeid tarvitab narkootikume. Raha hankimiseks kõlbab kõik, mida saab ära kruvida ja rahaks teha. Naabrid üldjuhul teavad pahategijaid, kuid kardavad neist teatada, sest ei ole reaalselt jõudu, mis neid hilisema kättemaksu eest kaitseks. Ka sellistel juhtudel, kui sotsiaalpinna on majutatud pere, kus üks vanem tarvitab narkootikume ja majutamine sotsiaalpinna on olnud vajalik lastele normaalse elamise, kasvamise ja arengu tagamiseks, kipub endine elu kaasa tulema ja pere on ilma pideva välise abita kaitsetu.

Uute korterite ehitamine

Käesolevaks ajaks on sotsiaalkorterite ja –pindade ehitamine (ümberehitamine) laienenud. Sotsiaalpinnaks planeeritavate korterite projekteerimisel ja ehitamisel tuleks kasuks, kui arvestataks eelmises lõigus tooduga.

Sotsiaalpinna kavandatud hoone tehnovarustus peab võimaldama hoida elamiskulud minimaalsed, sest muidu võib juhtuda, et omavalitsus maksab toimetulekutoetusi halvasti projekteeritud sotsiaalpinna tõttu iseendale.

Ei saa õigeks pidada praktikat, et sotsiaalkorterid varustatakse elektriboileritega, kui hoones on keskküte ja vaid projekteerija mõttelaiskuse tõttu ei varustatud hoonet tsentraalse sooja veega. Pean mõttetuks varustada selliste majade uksi kallite Abloy tüüpi lukkudega. Need on narkomaanide meelissaak ja lisaks sellele on neid majas elavatel lastel suhteliselt raske avada.

Soovitav oleks seda tüüpi elamutes panna veemõõtjad ja sulgkraanid koridori, et haldaja saaks neid kontrollida ja oleks välistatud vee varastamine. Sama kehtib elektrivoolumõõtjate ja peakaitsmete kohta, kuid elektripliidi, valgustite, pistikute, elektriboilerite jms kaitsmed peaks asuma korteris, et elanik saaks neid vajadusel ise sisse lülitada ja hooldusettevõtte töötaja ei peaks selleks kohale sõitma. Edaspidi oleks hea, kui korterid oleksid varustatud automaatse tuletõrje signalisatsiooniga, kuid kindlasti peaks vältima suitsuandurite panemist kööki, sest ka heal perenaisel läheb mõnikord pann suitsema või tahetakse lihtsalt köögis suitsetada.

Võimalik, et need reeglid tunduvad lihtsatena, kuid kõigi nende vastu on eksitud ühe Tallinna sotsiaalelamu väljahitamisel.

Toimetulek ja ühiselu

Aastase töökogemuse põhjal võib öelda, et sotsiaalpindu tuleks hallata aktiivsemalt kui tavaelamuid.

Uute sotsiaalpindade ehitamisel tuleks need projekteerida ja ehitada sellise suurusega, et oleks võimalik rakendada üht valvetöötajat vähemalt õhtul kella 22-ni. Pean otstarbekaks piirata ligipääsu hoonesse elektroonsete vahenditega (fonolukk) ja dubleerida inimvalvega.

Vaatamata otsekulutuste kasvule tuleb see lõpuks omavalitsusele ja ka ühiskonnale odavam, kui paljude inimeste töö ja aja kulutamine lõputute probleemide (ka sotsiaalprobleemide) lahendamisele.

Sellistes majades tuleks igati soodustada ühistulaadset tegevust. Alustada võiks elanikega nelja kuni viieaastase üürilepingu sõlmimisest ja majavoliniku valimisest. Omavalitsusel kui haldajal tuleks kindlaks määrata reeglid, mille alusel toimub üürilepingu pikendamine pärast tähtaja lõppemist. Kriteeriumideks võiksid olla :

- põhjendamatu üürivõla puudumine
- naabrite ja politsei kaebuste puudumine
- majaelanike salajane hääletus – kas pikendada lepingut või mitte

Sotsiaalpinnal saab tekkida kord ja kõiki rahuldav elukeskkond ning suhted vaid juhul, kui inimesed ise võtavad selle loomisest osa ja majahaldur suhtleb elanike või volinikega pidevalt. Soovitavaks pean, et haldur omaks soodumust lahendada ka sotsiaalprobleeme, sest paratamatult tuleb haldajal nendega iga päev kokku puutuda ja aidata neid lahendada.

Kogemusest tulenevalt arvan, et suurematel sotsiaalpindadel peab olema sotsiaalosakonna poolt määratud sotsiaaltöötaja, kes teab kõigi elanike probleeme ja suudab neile vajadusel abiks olla.

Täpsemalt on vaja läbi mõelda inimestega sõlmitavad lepingud nii vormi kui ka tingimuste osas. Paljud tekkivad probleemid pole ametlikult reguleeritud ja lahendused sõltuvad haldaja oskustest ning heast tahtest, nagu näiteks:

- kes remondib korrast ära elektripliidi?
- kas pildi riputamiseks tohib puurida seinu augu?
- kes teeb ustele lisavõtmed?

Küsimuste laad viitab sellele, et inimesed ei saa aru, mis see sotsiaalpind on, seda enam, kui on tegemist ainult aastalepinguga ja üür pinna eest suhteliselt kõrge (Tallinna volikogu otsusega kuni 20 kr. m/2 eest kuus).

Pea õigemaks rakendada üürijaotust, mida kasutavad kõik kinnisvarahaldajad ja kus on täpselt fikseeritud haldus- ja hoolduskulud, kommunaalteenused ja remondikulud. Otstarbekaks pean remondikulude jagamist kaheks – hoone konstruktsioonide taastusremondiks omanikule korjatavaks osaks ja erakorralisi lõhkumiste katmise kuludeks.

Lõpetuseks ütlen välja pikka aega kantud mõtte, et mõiste *sotsiaalpin*d kui inimesi lahterdav tuleks üldse ära kaotada. On lihtsalt olemas kohalikule omavalitsusele kuuluv elamispind, mida jaotatakse vastavalt kehtestatud reeglitele ja mis ei kuulu erastamisele ja mille haldamine ning sotsiaalteenuste osutamine toimub vastavalt elanike koosseisule ja vajadustele. Minimaalseks tuleb viia erinevus erastatud eluhoonete ja munitsipaalomandis olevate hoonete valitsemises. Täna on see erinevus olemas.

Sotsiaalpinna haldamisel tekkinud probleemide ja ettepanekutega töö parandamiseks on võimalus pöörduda allakirjutanu poole telefonil 050 219 61.

ELANIKUD räägivad sotsiaalmajja sattumise põhjustest, elust sotsiaalmajas ja oma muredest:

Svetlana, 31-aastane*:

“Elasin ühiselamus koos õega. Tema sõitis ära, jättis mulle võla...pettis mind ja kadus. Siin olen väga rahul: hea rajoon, head inimesed, meri lähedal, piima tuuakse, ainus häda – üürivõlg on mul 4000 krooni. Siin tuleb mul kuus maksta üüri 900 krooni, mujal oleks kallim. Aga sedagi on raske maksta: invaliidsuspension on mul 1050 krooni, lisaks lapsetoetus. Poeg on 2 aastat ja 5 kuud vana. Hea, et linn kompenseerib lasteaiamaksu. Ei tea, mis saab võlast, tahan ära maksta, kui lubatakse siin veel elada. Peab minema tööle, mul on õmbleja eriala, töötasin 7 aastat. Pakutakse osalise tööajaga, see tähendab mustalt töötamist, tahaksin ikka, et oleks tööraamat...

Viimasel ajal pole saanud tööd otsida - laps on pisut haige, aga suveks läheb lasteaed kinni, siis ei tea, kas saan tööle minna...Tahan kindlasti üürilepingut pikendada.

Mureks on see, et raha pole, ei saa mööblit osta ja üksi olen, meest pole...tulevik on ebaselge. “

Margarita, 40 -aastane:

“Enne abikaasa surma peteti meid korterivahetusel dokumentidega, nii et jäime tänavale. Elasin pojaga kõigepealt laste öömajas, aasta tagasi saime siia.

Ma ei tööta, olen tööturuametis arvel, aga tööd on raske leida. Poega ei saa ju ka üksinda jätta: tal on puue ja tihti tekivad epilepsiahood. Ehk võiksin töötada neil tundidel, kui ta abikoolis on. Varem töötasin müüjana. Korteri üürivõlg on 500 krooni... maksan ära.

Majaga olen rahul. Naabritega on head suhted. Ainult prükkarid tülitavad. Aknaid lüüakse sisse, sageli on maja lukk katki. Peaksid rauduksed olema. Ei tea, mis oleks saanud, kui poleks siia saanud, väsinud olin sellest korteriüürimisest....”

Ukse avab 14-aastane poiss:

"Tulime siia, sest meilt peteti korter välja, elasime Sepa tänaval. Elame neljakesi- ema ja peale minu õde ja vend. Käime koolis. Ema töötab koristajana. Üür on meil makstud. Oleme rahul, siin on normaalne..."

Jelena, 35- aastane:

"Meeldib siin küll, ainult et osa elanikke ei arvesta üldse, et on olemas ka eraomand. Korda ei ole, lapsed lõhuvad kõike, lõhutakse lukke, pidevalt kaovad võtmed, see on mulle arusaamatu. All korteris on neli last, nad elavad rohkem tänaval, ema neid korrale ei kutsu....."

Heino, 60-aastane:

"Pärast abikaasa surma kingiti äia maja naise esimesest abielust tütrele...Ja siis anti mõista, et mine ära. Elan koos haige pojaga...Rahul? Noh, see on omaette asi. Oleks seltskond sõbralikum. Osa inimesi ei ole harjunud elama ühismajas ega arvestama teistega. Kõik on pilli-palla...vaadake ümberringi. Maja remont on ka halvasti tehtud... Kui kell saab kümme õhtul, hakkab koridoris jooksmine, rääkimine ei aita, mulle juba öeldi, et kes sa oled, et sõna võtad. Minu korter on tänavapoolses küljes, isegi pisut ebaturvaline tunne on. Kogu aeg varastatakse ja läheb midagi katki: lukud, liistud, uksepiirajad on eest läinud. On volukatkestused, veeavariid - ka WC-pottidega tehakse midagi, varastatakse sooja vett, radiaatorid ei seisa seinas, sest on halvasti kinnitatud.

Viimasel korral ei saanud keegi tegelane öösel kella nelja ajal uksest sisse ja lõhkus ukseklaasi ära. Siis viidi ka lukk eest ära. Inimesed ei julge kaevata, kardavad.

Aga muud võimalust ei ole, ise endale kodu muretseda ei jõua, olen ka ise invaliid –oli infarkt ...Ainus, mis mind päästab, et mul on töökoht."

**Nimed ja vanus muudetud*

Küsitles Hille Tarto

Omavalitsuste võimalused sotsiaalteenuste osutamisel**Marju Medar**

MA sotsiaaltöös

Käesoleva artikli kirjutamine on teoks saanud tänu EV Rahandusministeeriumi ja rahvastikuministri büroo toetusele, kes rahastasid 2000/2001. aastal läbi viidud uurimisprojekti "Sotsiaalteenuste vajadus ja kasutamine – sotsiaalsed ja kultuurilised erinevused". Uurimisprojekti keskenduti kolmele suunale: perekondade toimetulekuvõime ja sotsiaalteenuste vajaduse ning kasutamise hindamine; omavalitsuste sotsiaalabisüsteemi eesmärgipärasuse ja tulemuslikkuse hindamine; sotsiaalteenuse pakkuja võimekuse hindamine.

Artiklis keskendutakse uurimusele, mille peamiseks eesmärgiks oli hinnata sotsiaalabisüsteemi eesmärgipärasust ja tulemuslikkust sotsiaalspetsialistide arvamuste toetudes.

Baasandmed sotsiaalteenuste arengust koguti sotsiaalspetsialistidelt ja vabatahtlike organisatsioonide juhtidelt, kokku 17 struktureeritud intervjuud, mida viisid läbi Valter Parve, Marju Medar ja Ingrid Danilov Narva ja Pärnu linnavalitsuse sotsiaalametis, Häädemeeste ja Tudulinna vallas ning Narva ja Pärnu linna sotsiaalteenuseid pakkuvates asutustes detsembrist 2000 kuni juunini 2001.

Sotsiaalteenuste hetkeseis

Omavalitsuste poolt pakutav sotsiaalteenuste süsteem vastab vajadustele oma struktuurilt (elementaarselt vajalik kriisisituatsioonide lahendamiseks on olemas), kuid teenuste maht ei ole piisav. Sotsiaalabisüsteem elanike teenustega kindlustamise osas ei ole lõpuni välja arendatud ja nii juhtub, et "esmaabi" saanud klient on mõne aja pärast tagasi. Üldjuhul puuduvad nn jätkuteenused kliendi toimetulekuressursi taastamiseks. Puudub juhtumi kompleksne analüüs ning teraapia. Omavalitsuses on spetsialiste formuleerimaks probleeme ja genereerimaks ideid, kuid nende ideede elluviimine sõltub eelarvest, ja see ei ole piisav. Olemasoleva raha kasutamine on tihti ebaefektiivne, kuna see kulutatakse vaid tagajärgede leevendamisele. Nappide summade efektiivsust tõstaks suurem paindlikkus nende kasutamisel - spetsialistide arvates peaksid seadused jätma rohkem võimalusi raha (ka riiklike toetuste) otstarbekamaks rakendamiseks kohapeal. Huvitava asjaoluna selgus, et mõnigi sotsiaalspetsialistidest ei osanud sotsiaalkulutuste mahtu kommenteerida, sest pole sellega kokku puutunud, kuid üldiselt nenditi, et kulutused sotsiaalvaldkonnale omavalitsuse eelarves aasta-aastalt vähenevad. Uuringust selgus, et sotsiaaltöötajad püüavad igati olemasoleva rahaga toime tulla ning kulutavad projektitöös oma energiat lisaressursside taotlemisele. Kuna aga pole välja kujunenud selget info liikumise süsteemi sellest, kuidas, kui palju ja kust raha taotleda, teevad sotsiaaltöötajad palju tühja tööd.

Spetsialistide hinnangul liigutakse hoolekandes suurema koostöö poole kolmanda sektoriga, kuid kuna pole kindlaid kriteeriume ja selget vastutust selle koostöö eest, siis tuleb sageli ette probleeme ning pole selge, kas pidada seda lisaressursiks või hoopis lisakulutuseks. Mittetulundusühingutel on võimalik taotleda raha sotsiaalteenuste osutamiseks projektide kaudu, kuid takistuseks on koostöö ajaline piir: mõne valdkonna edendamiseks koondunud aktiivsed kodanikud alustavad n.ö survegrupina - teadvustavad probleemi, algatavad projektiraha toel teenuste pakkumist-, kuid finantseerimise lõppedes tegevus seiskub.

Spetsialistide arvates oleks kindlasti vaja täpsemaid kriteeriume otsustamiseks inimese toimetulekuvõime ja sotsiaalteenuste vajaduse üle, eriti kui tekivad suuremad omavalitsusüksused, (näiteks pärast haldusreformi), sest sel juhul asub ametnik inimesest kaugemal ning igapäevast infot inimese kohta omavalitsusse nii lihtsalt ei laeku. Sellises olukorras osutuvadki oluliseks kindlad kriteeriumid, mille alusel abivajaja olukorda perioodiliselt kontrollida, vajalikud andmed kaardistada ning alles seejärel saab ametnik teha oma otsuse. Spetsialistide arvates oleks hea, kui kriteeriumid kehtestaks kas ministeerium või maavalitsus, kuid otsene teenuste korraldamine jäägu omavalitsuste kanda. Kõigil teenuste pakkujatel oli välja kujunenud omad kriteeriumid, miks, kellele, kui palju, jne. teenuseid pakkuda, kuid sageli ei teadvustata seda tegevust kriteeriumide järgi otsustamisena. Võimalik, et tegemist on ebakindlusega ja sellest tuleneva arvamusega, et kui kõrgemalt poolt pole kriteeriume välja töötatud, siis neid polegi. Või siis ei usaldata enda kriteeriume otsustamisel, arvates, et küllap teised teevad teisiti ja õigemini. Samas on tegemist situatsiooniga, kus väga selgeid ja kõigilt ühest järgimist nõudvaid kriteeriume pole võimalik kehtestada, sest omavalitsused on oma võimalustelt erinevad ning ühesuguste kriteeriumide järgi talitades pole mõnes kohas võimalik üldse teenuse pakkumisega alustada.

Sotsiaaltöötaja kui ressurss sotsiaalteenuste arendamisel

Hetkel ollakse olukorras, kus kõige vähem on erialase ettevalmistusega inimesi vahetult kliendiga tegelevate töötajate seas. Sotsiaaltöötajate arvates eksisteerib tendents, kus kõrg- ja kesktaseme spetsialistid on väga hästi haritud ja nende sotsiaalsed tagatised (töötasu, ametniku staatusega kaasnevad soodustused, koolitusvõimalused jne) on suhteliselt head, mistõttu haritud spetsialistid tulevad hea meelega omavalitsusse tööle. Madalama tasemega töötajatel, st hooldustöötajatel sotsiaalsed tagatised puuduvad: töötasu on madal, sageli puudub astmepalga süsteem, mis motiveeriks tulemuslikumalt töötama, koolitusi pakutakse vähe ning rahapuudusel jäävad needki vähesed võimalused sageli kasutamata. Nii ongi erialase ettevalmistusega hooldustöötajat praktiliselt võimatu leida. Seega toimib realselt ainus võimalus: inimene asub tööle, omandab aastatega kogemusi ja kompetentsuse ning kui ta osaleb ka täiendkoolitustel, on ametioskusega asjad korras.

Koolitus on kallis ning seetõttu ei saa endale kõike vajalikku lubada, tuleb valida. Sotsiaaltöötajad vajaksid rohkem juriidilist koolitust, samuti kirjaliku ja ametialase suhtlemise alal, et kompetentsemalt asutust juhtida, klienditöö koolitust, koolitust suhtlemisoskuse parandamiseks ja töötamiseks eri sihtgruppidega.

Sotsiaalteenuste hinna kehtestamine

Eksisteerivad nii tegelikel kulutustel põhinevad kui kokkuleppelised hinnad, osas valdkondadest on välja töötatud hinnakirjad kõigile teenustele ja need on ka omavalitsuses kinnitatud. Osa omavalitsusi pole välja arvestanud nende poolt doteeritud teenuste tegelikku maksumust.

Valitseb tendents, mille järgi kehtestatakse hinnad kõikvõimalikele teenustele. Hindade kehtestamist peavad spetsialistid väga oluliseks põhjusel, et järjest enam on inimesi, kes teenuste eest ise maksavad. Omavalitsus on hakanud huvi tundma, kui palju on ikkagi teenuse vajajaid ja kui palju peaks linnavalitsus raha eraldama ühe või teise teenuse osutamiseks. Samas on ka spetsialiste, kes ei pea õigeks piirhindade kehtestamist sotsiaalteenustele, sest niikaua, kui ei pole maksevõimelisi kliente, pole hindadel mõtet. Kuigi mõnede teenuste puhul võtab klient või tema perekond teenuse eest tasumisest osa, on enamus teenuseid klientidele omavalitsuste poolt doteeritud.

Teenustele hinna kehtestamist peeti omavalitsuse ülesannete hulka kuuluvaks ja mingit riiklikku abi selles osas ei oodatud. Osa spetsialiste arvab, et vananenud tasustamis- ja kontrollisüsteemi tõttu puudub motivatsioon teenuste arendamiseks. Rohkem teadmisi vajatakse hinnakujunduse meetodikast, sest praegu tehakse seda küllaltki suvaliselt.

Sotsiaalteenuste kvaliteedi hindamine

Spetsialistide arvates teenuste kvaliteedi nõuded, mis baseeruvad Euroopa Liidu nõuetel, võiksid olla seadusega kehtestatud ning nende järgi tuleks sotsiaalministeeriumil välja töötada ja kinnitada üldised normid või kriteeriumid. Praegu puudub teenusele kehtestatud riiklik standard, on vaid teenust osutava munitsipaalasutuse arusaamad selle üksikutest, omavahel sidumata parameetritest (põrandapinna ruutmeetrite arv ühele voodikohale, tervisekaitse nõuded toidukäitlemisele, personali haridus jms). Teisalt kujundab pakutava teenuse kvaliteedi eelarve ning kohustus kinni pidada selle artiklitest (näiteks ravimikulu kliendi kohta päevas).

Arvatakse, et nõuded teenuste kvaliteedile tuleks kehtestada, et need normeeriksid ühelt poolt teenuse osutamiseks tehtavaid kulutusi ja teiselt poolt teenuste osutajate kompetentsust. Oma kriteeriume võiksid kehtestada ka maavalitsused ja omavalitsused. Spetsialistide arvates peaks iga asutus kehtestama oma teenustele sisemised nõuded, mis kindlustaksid niisuguse teenuse pakkumise taseme, millest allapoole minna ei tohiks. Kvaliteedinõuete kehtestamist peeti vajalikuks ka sellepärast, et kui kvaliteedinõuded on kehtestatud, siis tekib omavalitsusel kohustus nende täitmisesse investeerida. Peeti oluliseks kogu kvaliteedi hindamise protsess dokumenteerida ning töötada välja nõuded klienditööks.

Probleemid sotsiaalteenuste kvaliteedi tagamisel

Teenuse kvaliteedist rääkides peeti probleemiks, et ei ole piisavalt selgitatud hoolekandes kasutusel olevaid mõisteid, kuid mõistete seletamine oleks hädavajalik, enne kui üldse hakata kvaliteedist rääkima. Nii näiteks on rehabilitatsiooni mõiste ebaselge ja ei saada aru, milliseid tegevusi ikkagi rehabilitatsiooniks pidada.

Tähtajaline finantseerimine ning sellest tulenev ebakindlus ei võimalda MTÜ-l palgata paremaid professionaale teenuste pakkumiseks. Ka võib munitsipaalasutuste spetsialistide juures tajuda mõningaid pingeid seoses MTÜ-de pakutavate teenuste tulekuga turule: teoreetiliselt ollakse päri konkurentsi edasiviiva rolliga, kuid konkreetsetel puhkudel puudub kindlus, et valiku tegijad (KOV tippametnikud) on piisavalt kompetentsed ja erapooletud kliendi huvidest lähtuva otsuse langetamisel ega sea esikohale hoopis mõnda isiklikku motiivi. Praegu on raske mittetulundusühingutega lepinguid sõlmida, sest ei teata, kas teenus, mida tahetakse abivajajatele osta, on ikka kvaliteetne, sest otsustamine põhineb enamasti subjektiivsel hinnangul. Tekkiva sotsiaalteenuste turu praegustel müüjatel puuduvad ostja selged valikukriteeriumid või on need formaalsed ja tegelik tehing ei ole läbipaistev. Tellija/maksja (KOV) eelistab säilitada "oma" teenust pakuvat asutust ja ega sea esikohale kvaliteeti või efektiivsust, st kliendi huvisid. Turg veel ei toimi.

Probleemid sotsiaalteenuste arendamisel

Sotsiaalseid probleeme on palju: tööpuudus ja selle tagajärjed, alkoholism, perekondade lagunemine, üürivõlgade tõttu elamispinna kaotamine, laste järelevalvetus koos selle tagajärgedega jne. Toimetulekuraskusi suurendavad elamisloa või kodakondsuse puudumine. Võib väita, et vajaduse sotsiaalteenuste järele on osaliselt tekitanud puuduv või ebapiisav sissetulek. Samas tähendab see ka potentsiaalsete teenusevajajate maksujõuetust. On piirkondi, kus sotsiaalteenuste nõudluse ja pakkumise tasakaal on rikutud seoses sotsiaalse keskkonna kiire halvenemisega (Ida-Virumaa). Abi ei jõua vajadustele järele. Kuna abivajajate arv on järsult tõusnud, peab ka teenuste pakkumine suurenema, kuid raha selleks napib.

Sotsiaalspetsialistide arvates on inimeste seas palju toimetulematust, kus vastutus toimetuleku eest pannakse sotsiaaltöötajale, ning see tendents on väga ohtlik. Inimeste kindlustamisel sotsiaalteenustega on tekkinud vastuoluline olukord: mida paremini on korraldatud sotsiaalameeti töö, seda vähem viitsib ja tahab inimene ise lahendusi otsida, sest ta teab, et keegi kuskil mõtleb, vastutab ja otsustab tema eest. Inimesel tekib tunne, et tal ei olegi nagu kohustust toime tulla ning pikemas perspektiivis lõpeb see õpitud abituse sündroomi kujunemisega.

Omavalitsusüksuste suurenedes muutub sotsiaaltöötaja ja inimese suhe ametlikumaks, sest väikeses vallas on sotsiaaltöötaja sageli kui oma pere liige, kes lahendab tülisid ja lepitab, kui vaja, annab raha, suunab teenustele, jne. Seetõttu on väiksemas omavalitsuses oht, et sotsiaaltöötaja muutub iga toimetulematu pere eest isiklikult vastutavaks, mis toob kaasa vastutuse ülekandmise inimeselt sotsiaaltöötajale ning õpitud abituse süvenemise ja suurendab sotsiaaltöötaja läbipõlemise ohtu. Suuremas vallas, kus sotsiaaltöötaja funktsioon on pigem korraldada inimeste kindlustamist teenuste ja toetustega kui ise isiklikult iga perega tegelda, muutub sotsiaaltöötaja "pere liikmest" ametnikuks, mis omakorda peaks kaasa tooma abistatavate iseseisvumise ning suurenenud vastutuse oma toimetuleku eest.

Maal on terav vajadus kvalifitseeritud hooldustöötajate järele, kes oleksid võimelised pakkuma teenuseid erinevatele kliendigruppidele, nagu vanurid, puudega inimesed, psühhokroonikud jt. nende kodukohas või koguni kodus. Teenuse pakkujat võiks olla sama piirkonna elanik, mis minimeeriks transpordikulu. Vastupidine võimalus, (kuid pole selge, kas ka odavam) oleks koondada abi vajavad inimesed keskustesse või sotsiaalpindadele ning pakkuda teenuseid tsentraliseeritult.

Probleemiks on raha puudumine ja seda mitte ainult hoonete ehitamise mõttes, vaid ka sotsiaalasutuste ülalpidamiskulud käivad omavalitsustele üle jõu. Omavalitsuste vaesuse tõttu ei saa muretseda sotsiaalasutustele piisavalt vahendeid meelelahutuseks, mängudeks, kohandada elamis- ja olmetingimusi vastavaks kliendi vajadustele. Ei jätku raha ka elamispindade kohandamiseks puuetega inimeste vajadustele vastavaks (kitsad koridorid, trepid jne. takistavad ratastoolides liikumist).

Rahapuuduse tõttu on tekkinud vajadus kujundada eelistusi, (kodanikud ja mittekodanikud, lapsed, vanurid, töötud, puudega inimesed jne.), kellele, mis kvaliteediga ja kui palju teenuseid pakkuda.

Probleemiks on sotsiaaltöötajate madal palk, mis lähiaastatel võib jätta sotsiaalsfääri ilma headest spetsialistidest, sest praeguse palgaga pole võimalik peret ülal pidada ning seetõttu lahkutakse sotsiaaltöölt.

Töötutel, vanuritel ja puuetega inimestel on teenuste vajadus suurem, kui hetkel linnavalitsuse sotsiaalabiamet katta jõuab, kuid erasektori jaoks pole see klientuur oma maksejõuetuse tõttu kasumlik ning erasektori teenused on võimalikud vaid juhul, kui linn neid doteerib. Teenuste mahu suurendamise korral vajatakse lisaraha kas omavalitsuse või riigi eelarvest. Suur probleem on huvi kaotus töö vastu. On tekkinud olukord, kus lihttööd keegi teha ei taha, kuigi piirkonna tööandjatel oleks pakkuda tööd koristajana, traktoristina või karjakuna. Töötajaid ei leia, sest toimetulekutoetusest elatakse paremini ära kui madalast palgast. Mõnikord on probleem selles, et pole võtta õiget inimest, sest töö nõuab seesuguseid isikuomadusi, nagu tugev missioonitunne, oskus suhelda inimestega jne. Kasvab asotsiaalse elanikkonna kiht, mis omakorda kasvatab peale uue põlvkonna toimetulematuid, ja nii tekib nn pärilik vaesus ka Eestis.

Riskiks on üha suurenevad sotsiaalsed probleemid (alkoholism, narkomaania, kodutus), mis takistavad inimestel isegi teenuste tarbimist. Näiteks korraldati Narvas uuring, kus kahe kuu jooksul uuriti Narva linna 10 ühiselamut, kus elasid toetusi saavad pered. Selgus, et ühes ühiselamus oli 26-st perest 24 pere liikmed pidevas jooabeseisundis. Nad ei olnud võimelised olema kuu aja jooksul päevagi kained, et tulla sama ühiselamu esimesel korrusel asuvasse sotsiaalabiametisse toimetulekutoetust vormistama.

Kolmanda sektori osas oldi pessimistlikud ja arvati, et niikaua kui kolmandat sektorit oluliselt ei toetata, jääb teenuste osutamine endiselt väga tugevasti omavalitsuste kanda. Linna käes on võim ja raha ja niikaua, kui linn ei arenda suhteid kolmanda sektoriga, ei muutu midagi. Toetuse puudumisel võib kolmas sektor pettuda ja teenuste turult hoopis kaduda.

Sotsiaalspetsialistide ettepanekud sotsiaalteenuste arendamiseks

Vaja on kokkulepet, millised teenused on omavalitsustele kohustuslikud ja kõigile tasuta ning missugused teenused peaksid olema kättesaadavaks tehtud, kuid kliendi tasustada.

Üha aktuaalsemaks muutub põhimõte toetada teenustega inimeste oma kodus elamist nii kaua kui vähegi võimalik, ja kui see muutub problemaatiliseks, siis peaks kasutama sotsiaalkortereid ja vanuritele kohandatud kortereid hoopis rohkem kui praegu.

Tulevikus võiks tihendada koostööd MTÜ -de ja erasektoriga just koduteenuste pakkumise osas. MTÜ-l oleks võimalik hooldajaid alguses vabatahtlikena proovile panna ning alles seejärel otsustada inimese sobivuse üle tööks vanurite ja puuetega inimestega.

Hetkel erasektor olulisel määral sotsiaalteenuste pakkumises ei osale, kuid see olukord võiks muutuda. Tulevikus võiks erasektor lisaks praegustele teenustele pakkuda teenused töötutele, mis praegu on katmata või halvasti kaetud omavalitsuste ja riigi poolt.

Sotsiaalteenuste arendamise eest kannavad sotsiaalspetsialistide arvates vastutust omavalitsuse sotsiaalametid ning tulevikus on vajadus järgmiste uute teenuste järele:

- Töötute väljaõppe ja rehabilitatsioonikeskuste väljaarendamine.
- Täiend-, ümberõppe- ja rehabilitatsioonikeskuste loomine noortele, eriti puuetega noortele.
- Vaba aja veetmise keskuste loomine neile lastele, kelle pere ei jõua maksta laste huvitegevuse eest.
- Ööpäevane laste hoolduskeskuse avamine lapsinvaliididele ja lastele, kes vajavad sanatoorset ravi Narva-Jõesuus, kus lapsed saaksid rehabilitatsiooniteenuseid ja ka pedagoogilist abi.

- Suviste lastelaagrite käivitamine Narva-Jõesuus suurte perede ja asotsiaalsete perede lastele jt.
- Vaja on laiendada päevakeskuste teenuseid üksikvanuritele, et leevendada üksindust ning parandada nende elukvaliteeti meditsiiniliste, psühholoogiliste ja muude teenuste osutamise teel.
- Kindlasti on vaja alustada kõigis piirkondades teenuste pakkumisega psühhokroonikutele.
- Laiendada tuleks päevakeskuse teenuseid puuetega ja kohanemiskustega inimestele. Rohkem peaks olema programme narkomaanide ja teiste sõltlaste rehabilitatsiooniks. Vaja on laiendada tervisekindlustuse võimalusi kõikidele abivajajatele.
- Perehoolduses peaksid kasu olema professionaalsed teenuse osutajad ning tänu ettevalmistusele võimelised kohandama teenust laste vajadustele (puudega, käitumishäiretega, koolikohustust eirav vm laps). Viimastel aastatel käivitatud hooldusperede võrgustik on kaasa toonud vajaduse perede paremaks koolitamiseks ning võimaluse järelevalve tõhustamiseks perede üle, et vältida füüsilise vägivalga esinemist lapse vastu.
- Spetsialistide arvates on ebapiisavalt välja arendatud teenused, mida osutatakse mitme valdkonna koostöös, nagu põetusteenus vanuritele; käitumiskustega lapsed koolis, mistõttu peaksid lastega tegelema nii sotsiaal- kui haridusvaldkonna spetsialistid.
- Prognoositakse nende inimeste arvu pidevat suurenemist, kes ei suuda enam iseseisvalt elada. Väikestes valdades aitaks inimeste elukvaliteeti parandada sotsiaalkeskuste loomine, mille kaudu oleksid paljud teenuste pakkumise ja saamisega seotud probleemid lahendatud.
- Sotsiaaltöötajate arvates muutub tulevikus maal üha aktuaalsemaks võrgustikutöö edendamine (spetsialistide ja institutsioonide vahel, võrgustikutöö peredega, vabatahtlike koolitus võrgustikutööks jne.), samuti mitut laadi ennetustöö.

Kokkuvõttes arvasid sotsiaalspetsialistid, et vajadus teenuste mahu suurendamise ja teenuste struktuuri mitmekesistamise järele järjest kasvab, kuid omavalitsuste võimalused uusi teenuseid välja arendada ei suurene. Omavalitsuse võtmeisikute huvi kogu hoolekandesüsteemi arendamiseks on vähenenud ning seesuguse olukorra kestma jäämisel, kus loetakse ainult raha ja arengut ei nähta, valdkonnaga tegelevad inimesed väsivad ja nende motiveeritus kaob. Teenuste praegune osatähtsus inimeste abistamisel on liialt väike, omavalitsus vajab sotsiaalteenuste korraldamiseks tõsiselt toetamist.

Perearstid Eestis: koostöö sotsiaaltöötajatega**Terell Pihlak**

SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla koolitusosakonna juhataja
TPÜ, sotsiaaltöö magister

Peremeditsiin

Alates 1993. aastast on perearsti eriala tunnustatud Eestis üheks arsti erialadest. Kuni 1993. aastani toimus esmatasandi arstiabi elukohajärgsete polikliinikute kaudu, kus patsiendil oli võimalik pöörduda üldarsti (terapeudi) või otse eriarsti poole. Üleminekul perearstisüsteemile võtsid polikliinikud üle perearstipraksise funktsioonid ning paljud üldarstid alustasid tasemeõpet, et saada perearsti kvalifikatsioon.

Perearst on erikoolituse saanud arst, kes on läbinud residentuuri või vastavad spetsialiseerumiskursused ning sooritanud perearsti eksami. Perearst tegutseb perearsti nimistu alusel või nimistuta eriarstina (RT I 2001,50, 284,2139-2141). Perearstipraksis on haigekassaga lepingu sõlminud arstil, kelle nimistusse on kantud kindel arv kindlustatud inimesi ning kellele on arst kohustatud osutama esimese etapi arstiabi. Perearst asub tervishoiusüsteemis patsiendiga esmase kokkupuutuja rollis ja peab olema inimestele kättesaadav, efektiivne ja ökonoomne (Maaroos, Ilves, Tiik 2001, 3-10).

1998. aastal alustati tervishoiureformi esmatasandi arstiabi korrastamiseks, mille eesmärgiks oli 2003. aastaks perearstisüsteem kõikjal Eestis tööle rakendada. Perearstisüsteemi rakendamine on jõudnud lõpusirgele ja enamjaolt see toimib. Puuduseks on süsteemi mõningane jäikus, probleemiks patsiendi tasandil arstiabi ebahütlane kättesaadavus ja kvaliteet, arstide erinev koolitus, kogemused ja ravisuunad ning eriarstile suunamise võimalused. On vaja veel teha selgitustööd rahva hulgas, sest ootamatult haigestudes ei tea inimene sageli oma õigusi ja võimalusi. Perearstireformi jätkudes tuleb suuremat tähelepanu pöörata inimesekesksele, s.t. tuleb silmas pidada ka hoolekande aspekte ning tagada perearstide senisest tihedam koostöö ja informatsiooni vahetamine sotsiaaltöötajatega. Samuti tuleb tõhustada koostööd perearstide ja erialaarstide vahel (Eesti Tervishoiuprojekt 2002). Siinjuures on kindlasti oluline välja arendada meeskonnad, kes osutavad patsientidele igakülgset abi vastavalt vajadusele ning oma eriala spetsiifikale. Ühe meeskonnana võiks töötada perearst, pereõde, sotsiaaltöötaja, taastusravi- ja rehabilitatsioonispetsialistid, tegevusterapeut, psühholoog jt.

Perearstide ja patsientide olukord 2002. aastal

Eesti Perearstide Seltsi (EPS) juhatuse esimees 2002. a. Madis Tiik toob välja probleemid, mis iseloomustavad perearstide olukorda hetkel:

- ülemääraselt suur töökoormus
- koormusele mittevastav palk
- palju lisäülesandeid seoses sotsiaalsfääri teenuste osutamisega. Näitena võib tuua **kõrvalabi vajaduse määramise puude taotlemisel, mida osa elanikkonnast on puuduliku selgituse tõttu mõistnud kui arsti poolt määratavat pensionilisa** (Tiik 2001, 618-619).

Patsientide probleemid on järgmised:

- sotsiaalisüsteemi korraldamatus. Informatsioon pakutavatest sotsiaalabi võimalustest on raskesti kättesaadav
- transpordiga seotud probleemid maal. Tihti on maapiirkondades vaja läbida pikki vahemaid, et patsient jõuaks arstini või vastupidi
- Suured erinevused arstide kogemuste, harjumuste, teadmiste, ravimite kasutamise jne osas

Uurimus teemal "Perearst Eestis: sotsiaaltöölase täiendkoolituse vajalikkus ja võimalused"

Toetudes 2001-2002. a teostatud küsitluse andmetele, võib väita, et perearstid suhtuvad positiivselt sotsiaaltöösse ja selle vajalikkusse. Nende arusaamine sotsiaaltöö põhilistest mõistetest on hea, kuid selgus ka mitmeid teemasid ja arusaamasid, mille kohta tuleks perearstidele rohkem informatsiooni pakkuda. Näiteks on vaja rohkem informatsiooni sotsiaalteenustest, sotsiaaltöö korraldusest, seadustest, pere ja laste probleemidest jne. Perearstid on valdavalt (77%) arvamusel, et tervishoiuasutus on vaja sotsiaaltöötajat. Eitaval seisukohal oli alla veerandi (23%) küsitluses osalenud perearstidest.

Sotsiaaltöötaja funktsioonidena nägid perearstid kõiki põhilisi sotsiaaltöötaja funktsioone, nagu nõustamine, toimetuleku tagamine, töö kolmanda sektoriga, dokumentide vormistamine, laste- ja pereprobleemidega tegelemine, seaduste ettevalmistamine, koduhooldus, töö asotsiaalidega, ennetustöö, võrgustikutöö, töö puuetega inimestega.

Suur osa perearste (84%) nägi vajadust korraldada hoolekandeosakondade ja perearstide ühiseid ümarlaudu. Põhiliste teemadena toodi välja sotsiaaltöötajate ja perearstide omavahelised suhted ja funktsioonid ning avahooldus .

Patsientide kõige sagedasemad probleemid on perearstide arvates seotud just avahooldust ja koduteenust puudutavate küsimustega (21%). Võrdselt (16 %) tähtsad olid vastanute arvates nii töötus kui vaesus, sellele järgnesid pingereas 13 % arvates rehabilitatsiooni võimalused ning 11% arvates pikaarsti kohtade leidmine. Kõige vähemolulisena nimetas 18% vastanutest juriidilisi ja seadusega seotud ning üllatavana ka vaesusega seotud probleeme.

Kokkuvõttes võib öelda, et Eesti sotsiaal- ja tervishoiusüsteem vajab veel paljuski arendamist, et tagada inimese tasakaalustatud toetamine kõikide professionaalsete aitajate poolt. Oluline on välja arendada meeskonnad, milles igäüks tegeleb oma kindlate funktsioonidega, unustamata siinjuures koostööd.

Kasutatud kirjandus

Maaroos, H., Ilves, K., Tiik, M. (2001). Peremeditsiini arengukava 2001-2015, Perearst, aprill. Tartu, 3-10.

Riigi Teataja (2001). I, 50, 284. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. Riigikantselei. Tallinn, 2139-2141.

Tiik, M. (2001). "Perearstide hea elu- müüt või tegelikkus", Hippokrates, 30. Tallinn, 618-619.

Eesti Sotsiaalministeerium, "Eesti Tervishoiuprojekt 2015". <http://www.tervishoiuprojekt.ee/index.php?page=2,31>

Hasartmängusõltuvus – kasvav probleem tänases Eestis**Kersti Tuisk**

Avatud Ühenduse "Sinu Valik" juhatuse liige

Tulesäras kasiinod. Ühed jalutavad neist külmalt mööda, teised peavad maffia rahapesu kohtadeks ning pelgalt mõte sinna sisenemisest ajab külmavärinad peale. Kolmandad võtavad asja toreda meelelahutusena ja veedavad seal oma jõudehetki, neljandatele on kasiino muutunud painajalikuks unenäoks, mis kummitab nii öösel kui päeval. Neist on saanud mängurid, hasartmängu sõltlased.

Õppides Tallinna Pedagoogikaülikoolis sotsiaaltööd, hakkasin uurima hasartmängusõltuvuse probleemi. Viisin läbi intervjuusid 12 mängusõltlasega. Käesoleva loo põhjal saab jälgida sõltuvuse kui haiguse kulgemist alates selle tekkimise hetkest.

URMASE LUGU (nimi muudetud)

Seda on tagantjärele väga raske meenutada... Tundub, et kõik algas märkamatu ja tahtmatult ning täiesti tühjalt kohalt. Park Hotelli Olympic Casino oli üleni tulede säras ja sellest päeva jooksul mitmeid kordi mööda sõites otsustasime ühel õhtul koos abikaasaga sealt läbi astuda. Kõik oli ilus ja puhas, külalised viisakalt riides. Mängisime umbes paarsada krooni maha, nautisime programmi ja jäime õhtuga väga rahule.

Siis saabus õhtu, mida pean oma allakäigu alguseks. Istusime perega kodus teleri ees ja vaatasime Bingo lotot. Mul õnnestus nurgad täis saada ja tundus, et just täna on see õnnetoov päev. Ütlesin abikaasale, et lähme õige kasiinosse, sisetunne ütleb, et täna näkkab... Tema ei viitsinud tulla ja läksin üksinda. See oli esimene kord, kus mängisin teadmiselega, et ma pean võitma. Läksin, mängisin, võitsin. Võitsin 10 000 krooni, mille üle kodustel oli väga hea meel. Kahjuks ei tunnistanud ma endale, et see oli vaid õnnelik juhus. Hüppasin n.ö õnnest lakke ja veensin ennast, et olen tubli ja tark, oskan ette tunda oma õnnepäeva.

Ja see uskumus sai kinnitust asjaolust, et mul hakkaski vedama. Näiteks pidin ära maksma 2000-kroonise arve. Terve päeva püüdsin raha laenata, kuid tulutult. Läksin kasiinosse, istusin mänguautomaadi taha, mängisin natuke ja võitsin. Täpselt vajaminevad 2000 krooni ja veidi jäi ülegi. Sellest ajast peale hakkasid minu jalad mind üsna tihti kasiino uksest sisse viima. Kodus naersime, et käi nagu helde vanaema juures - kui raha vaja, kohe saad. Aga siis tulid esimesed väikesed valed. Käisin kasiinos tihedamini, kui kodus öelda julgesin, ja enam ei tulnud võidud sugugi mitte valutult. Kodus rääkisin teadagi ainult võitudest, mitte kaotustest. Lasin ennast kiita kui õnnesärgis sündinud meest.

Tasapisi hakkasin mängima juba laenatud raha peale. Töö ja positsioon võimaldasid laenud märkamatu tagasi maksta. Langesin järjest sügavamale laenude ja valede võrku. Üks vale sünnitas teise ja need valed ja varjamised hakkasid kajastuma ka minu muudes tegemistes. Muutusin kinniseks, minu eneseusaldus langes järsult.

Aju töötab meeleheitlikult ainult ühes suunas - kuidas varjata raha kulutamist, kuidas tasuda võlgu jne. Laenasin ja mängisin selle maha. Laenukoorem muudkui kasvas. Minust oli saanud täielik kasiinosõltlane. Ma ei mõelnud enam loogiliselt. Tegelikult mõtlesin vägagi loogiliselt, kuid käitusin ebaloogiliselt. Nüüd käisin kasiinos juba oma tahtest sõltumata. Mind ajas sinna haiglane vajadus mänguautomaati võita. Nüüd tundub, et selles peituvadki mänguri haiguse juured. Võitlus mänguautomaadiga moodustab mängu. Täna võidan mina masinat, homme on masin tugevam ja kahjuks saab enne otsa raha, kui ebaõnn. See on lootusetu võitlus, mis saab lõppeda vaid inimese kaotusega. Mida varem alla annad, seda väiksemad on su kaotused, tõeline mängur aga alla ei anna.

Kasiinodes on loodud mängimiseks soodsad tingimused. Ruumid on akendeta, et kaoks ajataju. Teenindus perfektne. Ning kui sul ei vea, on alati lohutajaid, kes teavad täpselt, et eile ka ühel mehel ei vedanud, tagus 10 000 krooni masinasse, ei midagi. Nii kui ära läks, tuli teine mees, istus tema kohale ja sai esimese panusega 30 000. Ja see ei ole bluff. Samamoodi on minugagi juhtunud, et enne mind istub keegi, kes öö läbi jackpotti püüdnud ja hullu raha masinasse pannud, tõuseb püsti ja läheb pangaautomaati raha järele. Sina aga istud maha ja pärast paari mängu on jackpott sinu. Teine mees tuleb rahaga tagasi ja vihastab ennast roheliseks. Tulemus - sa ei lõpeta kunagi enne, kui raha päris otsas, sest loodad, et kohe-kohe hakkab masin raha andma. Ja kui hakkabki, siis sinu õnnetuseks, sest oled taas konksu otsas. Ja taas hakkab peale ring: võidan raha tagasi, maksan võlad ja siis enam ei mängi... See on puhas enesepettus. Mängur leiab alati põhjuse, miks ikka ja jälle masinaga rinda pista. See on psüühiline häire ja inimene ei tule endaga enam toime.

Millal tajusid esmakordselt oma mängusõltuvust?

Raske üheselt vastata. Sellest saab aru erinevate etappide kaupa. Esiteks hakkad tasapisi aru saama, et sul on raske kasiinost mööda minna. Hakkad märkama, et nii nagu raha ja võimalust on, lähed mängima. Sellest aru saades tunnistad endale, et sul on harjumus, millele on raske vastu panna, aga ei tunnista endale, et sul on tekkinud sõltuvus. Järgmiseks hakkad aru saama, et käitud nii mängima minnes kui mängides ebaloogiliselt, teed otsuseid, mida ise õigeks ei pea. Siis saad aru, et oled sõltuvuses, aga see on veel kaugel selle endale tunnistamisest. Viimaseks staadiumiks peaksingi seda, kui inimene seda ka endale tunnistab. Aga kui ta seda ka teistele tunnistab, võib sellest alguse saada sõltuvusest vabanemine.

Kui kaugemale võib mängur minna mängukire nimel, näiteks kui raha pole?

Arvan, et mitte vägivaldseks, rohkem ikka raha laenamised, pere või firma arvelt salaja võtmised, kellelki raha välja petmine. Aga rõhutan veelkord, et see ei ole sel hetkel mänguri poolt teadlik kuritegu, vaid ta võtab, lootes tagasi maksta.

Missugused on mänguri mõtted ja tulevikuplaanid?

Võin vastata ainult enda eest. Minul olid ainult ühed mõtted ja plaanid. Need olid alati seotud võlgadega ja sellega, et alustada uut elu ilma võlgadeta.

On lihtsam abi paluda võõrastelt või lähedastelt?

Abi palumine on seotud oma sõltuvuse ja sellest tingitud tegude ülestunnistamisega ja arvan, et see on asja juures kõige raskem. Seetõttu on kindlasti lihtsam abi paluda võõrastelt, kellele sa ei ole oma mängimisega kahju tekitanud. Ilma lähedaste abita pole aga tõenäoliselt võimalik tõeliselt vabaneda.

Mis laadi abi võiks olla saadaval?

Ei ole lihtsaid võimalusi. Tegemist on lõhestunud inimestega, keda vaevavad häbi, süümepiinad, võlad, valed jne. Alguses oleks aga siiski tähtis, et mänguril oleks, kelle juurest abi otsida, ja et ta sinna ka läheks. Tuleb arvestada, et mänguril on psüühiliselt raskem kui narkomaanil või alkohoolikul, kellel on sõbrad või kaaslased, kes neid mõistavad. Mängur on üldjuhul üksik ja see seab ta eriti pingelisse olukorda. Lisaks sellele on mänguril veel oht hakata murest jooma või narkootikumide tarvitama, harvem hakkab mõni alkohoolik murest mängima.

Kas täistabamus(võit) lõpetaks mänguri mängu? Maksaks ta sellega oma võlad ja alustaks uut elu või läheks see summa kasiinosse tagasi?

Pean ütleva, et võidud ongi just need, mis soodustavad mängust sõltuvusse jäämist. Kui inimene on kord juba näinud, et võita on võimalik, siis ta usub ja loodab sellesse. Niisiis usun, et võit ei lõpeta midagi.

Kui palju arvad olevat Eestis mängusõltlasi? Milline on tavalise mänguri portree?

Kui palju võib olla sõltlasi, ei oska öelda. Seda enam, et nad jagunevad kindlasti nendeks, kellel on sellega probleeme ja kellel ei ole. Tavaline mängur on inimene, kes elab kaksikelu, on enamasti endasse tõmbunud ja tema mõtted on hajevil. Tal on raskusi millessegi muusse süveneda, kuna kõik mõtted on seotud mänguga.

Kas riik peaks aitama mängurit kui haiget, näiteks nagu narkomaani?

Mängur on haige ja seetõttu tuleb temasse ka vastavalt suhtuda. Riik peaks kindlasti otsima lahendusi mängurite aitamiseks, sest mänguri näol võib riik kaotada elujõulise, terve ja teotateline inimese, kes suudaks veel palju kasulikku korda saata. Mängur on inimene, kes on sattunud sõltuvuse küüsi, kuid ei ole selle läbi kaotanud oma tervist, mõistust ega füüsilist vormi. Lisaks on mängur enamasti oma parimas töö- ja loomeas. Seega on tal ka suurem tõenäosus haiguse raviks tehtud kulutused tagasi maksta. Arvan, et õiglane oleks mängurite ravikulude tarbeks eraldada summad hasartmängumaksust.

Mõtlesid kunagi suitsiidi peale. Kas selliste mõteteni viivad suured võlad või miski muu?

Lõpetasin tõesti enesetapukatsega, mis õnneks tänu lähedastele ebaõnnestus. Seejärel viibisin kuu aega psühhiaatria haiglasse, kust sai ka alguse minu ravi. Mind ei viinud enesetapuni mitte suured võlad, vaid aastatepikkune enesega vastuolus olemine. Võlad olid kindlasti ka üks osa sellest, aga mitte põhiline. Enesetapumõtted tulid pähe ikkagi sellest, et ei saanud endaga enam läbi. Tegin iga päev asju, mida ei pidanud õigeks. Ma ei kontrollinud oma kasiinoga seotud tegevust absoluutselt. Võisin maha mängida mitukümmend tuhat krooni, aga lastele taskuraha andmiseks raha ei jätkunud. See kõik tekitas südametunnistuse piinu.

Kui käivitatakse mingi abiprogramm mänguritele, võtaksid nad selle vastu või peaks see olema pigem abi sõltlaste lähedastele, kes tugirühma toel sunniksid mängurit ravile minema?

Mängur peab ise end ravida tahtma, sundimisest pole mingit kasu. See peab olema absoluutselt vabatahtlik. Ja kui selline abiprogramm käivitatakse läbimõeldult, teades, mida pakkuda ja kuidas asjale läheneda, võetaks see tänuga vastu. Kui seda aga tehtaks lihtsalt tegemise pärast, ei pruugi see eriti efektiivne olla. Mänguri hingeelu on väga hell ja ta läheb abi paluma ainult siis, kui teab, et teda vähemalt üritatakse mõista ja et abipakkuja ei esita talle küsimusi, millele ta ise on tagajärjetult vastuseid otsinud. Nagu näiteks: miks sa mängid? Tugirühma üheks ülesandeks peaks olema kindlasti lähedaste nõustamine, et nad saaksid aru haiguse olemusest ja teaksid, mis võib seda haigust leevendada ja mis süvendada. Kui tugirühm ei suuda kaasata lähedasi, kas või üht neist, on asi üpris lootusetu, sest põhiline on, et mängur saaks tagasi eneseusalduse. Ja selleks on vaja, et keegi peale tema enda veel temasse usuks ja tema usku toetaks.

Oled mängusõltuvusest vabanenud?

Olen kindel, et ei saa kunagi nii terveks, et võiksin jälle kasiinos meelelahutuse mõttes mängida. Tean, et ei tohi lihtsalt sinna iial siseneda.

Oleksid nõus osalema mingis tugirühmas, mis aitaks hätta sattunuid?

Olles ise mänguri tee algusest lõpuni läbi käinud ja teades, kui raske on mänguril leida mõistmist teiste inimeste juures, arvan, et kui mul oleks võimalik kuidagi kellelegi kasulik olla, siis olen ma selleks lausa kohustatud.

Käisin Wismari haiglas üht psühholoogi küsitlemas. Kuna ta keeldus sisulisest intervjuust, ei maini ma ta nime. Aga tema suhtumine mänguritesse oli silmnähtavalt negatiivne. Ta väitis, et nad on kõige suuremad petised ja nendega ei peaks riik üldse tegelema. Kui tahavad ravi, siis ainult oma raha eest. Minu küsimusele, mis eristab siis alkohoolikut ja narkomaani mängurist, et ühtesid tuleb ravida ja teisi mitte, vastas ta, et esimesed on agressiivsed, seega ühiskonnale ohtlikud, teised aga elavad oma probleeme läbi sisemiselt ja kaaskodanikke ei ohusta. Oled sa sellega nõus?

Psühholoogil on täielik õigus väita, et mängurid on petised. Ise väidan, et nad on ka nutikad, targad ja haritud, intelligentsed, viisakad, head suhtlejad, edukad. Need on suurema osa mängurite iseloomuomadused. Paljud neist on juhtivatel kohtadel, paljudel on oma firma(d) ja kõrge ametipositsioon. Nad on ühiskonnas tunnustatud inimesed, kes tänu nutikusele oskavad kõnesolevat nõrkust lõpuni kõigi eest varjata. Ka minu probleemist teavad siiani vaid paar-kolm lähedast inimest.

Avatud Ühendus "Sinu Valik" asutati hasartmängusõltuvusega inimeste abistamiseks.

Uus kutseala – telfor ehk professionaalne kuulaja

Urmas Roos

psühholoog-telfoloog

Hingeabi Assotsiatsiooni USALDUS juures töötab üle-eestiline usaldustelefon lühinumbril 126, millel on enam kui 200 telforit. Neid seob ühine eesmärk, pikk koostöökogemus, ühtne koolitusprogramm, traditsioonid ning nüüd ka telfori kutsestandard.

Telfori kutsestandard koostati esmakordselt. Standard on Eesti 14-aastase ja teiste riikide usaldustelefonide töökogemuste üldistus, milles on arvestatud rahvusvahelise vältimatu psühholoogilise abi telefonide föderatsiooni IFOTES eetikanorme ja tööprintsipe.

Tööga kaasnev vastutus seab telforite valikule ja ettevalmistusele kõrged nõuded, mida kutsestandard sätestab.

Kutsestandardi valmimine ei sündinud üleöö, vaid see oli pikk protsess. Et standard saaks tõeliselt hea, kaasati tema koostamisse inimesi mitmelt elualalt ja moodustati töörühm, kuhu kuulusid Mati Heidmets, Kersti Kõosaar, Maarika Miil, Urmas Roos, Ülle Saar, Enno Selirand, Avo-Rein Tereping, Peeter Tulviste, Urve Uusberg ja Airi Värnik. Töörühm sai oma tööga suurepäraselt hakkama ning telfori kutsestandard kinnitati 15. mail 2002.a. äriteeninduse ja muu äritegevuse kutsenõukogu otsusega nr. 10.

Nüüd on meil mõõdupuu, mis tagab usaldustelefoni teenuse kvaliteedi. Oluline samm on astunud.

Kellele ja milleks

Tõepoolest, mis võiks tunduda esmapilgul lihtsamana kui kellegi ärakuulamine? Näiliselt lihtne tegevus võib aga olla üllatavalt keerukas. Eriti siis, kui vaadelda usaldustelefoni töötaja ja helistaja vahelist suhet.

Kokkuvõtlikult võiks telfori mõiste defineerida järgmiselt: telfor on eelvaliku läbinud ning usaldustelefonis töötamiseks kutsealase ettevalmistuse ja atestatsiooni saanud isik, professionaalne kuulaja.

Usaldustelefoni eesmärk on psühholoogilises kriisis või kriisieelses seisundis helistaja emotsionaalne toetamine vestlusega, pidepunktide leidmine, mis võimaldaksid abivajajal oma olukorda ümber hinnata, näha situatsiooni uue nurga alt. Niisuguse vaimse rännaku teejuht on telfor.

Telfori kutseala

Kutsealade loetelus telfori kutseala senini puudus. Ka teiste riikide usaldustelefonide tööst ei ole teada, et oma kutseala unikaalsust oleks fikseeritud. Uue kutseala registreerimine on põhjendatud sellega, et telfori töö erineb oma sisu, eesmärgi, meetodite ja töövõtete poolest olemasolevatel kutsealadel täidetavatest tööülesannetest.

Telfori teadmised ja oskused on abiks paljudes elu- ja äritegevuse valdkondades, mitte ainult usaldustelefoni töös. Rääkimata sellest, et kaasinimese kuulamisoskus kuulub möödapääsmatult inimeseks olemise juurde.

Telfori kutseala sätestamine lisab kindlust, et iga lühinumbrile 126 helistaja saab kvaliteetset teenust.

Kutseala kvalifikatsiooniastmete kehtestamine loob eeldused ja motivatsiooni telfori enesetäiendamiseks. Kutsenimetus tõstab ka kutsealast iseteadvust.

Pädevus ehk kompetentsus - mis see on?

Tiia Tamm

TPÜ sotsiaaltöö osakonna lektor, doktorant

Tänapäeva kiiresti arenevas maailmas tuleb meil ikka ja jälle selgitada ja ümber mõtestada ametialase tegevuse olemust ja ülesandeid. Töötajatena tajume ühiskonnas toimuvate muutuste mõju igapäevatoös: töö muutub üha keerulisemaks ja mitmekihilisemaks, ka ettearvamatus suureneb. Teine tegevus on tõeline väljakutse meie professionaalsetele oskustele, meie ametialasele **pädevusele**. Selleks et luua tasakaal kiiresti muutuva töö ja töötaja pädevuse vahel, tuleb järjekindlalt edendada ametialast arengut e. ametikasvu. Niisiis, et tulla toime oma igapäevatooga, tuleb säilitada ja suurendada **pädevust ehk kompetentsust**. Mida mõistakse pädevuse e. kompetentsuse all?

Ühiskonnas on küllalt kaua valitsenud arusaam **pädevusest** ja oskamisest kui haridusega omandatud teoreetiliste teadmiste ja tööalases tegevuses järele proovitud tegevusmudelite kasutamisest (Satka 1997).

Tihti arvatakse, et ametipädevus ja asjatundlikkus on tagatud, kui töötaja:

- omandab teadmiste- ja oskuste põhibaasi
- valdab töömeetodeid
- võtab omaks kogunud asjatundjate tegevusmudelid

Nüüdisaegsele ametialasele tegevusele esitatavad nõuded tõendavad, et eespool toodud mudeli järgi võib kiiresti muutuda ebapädevaks.

Pädevuse säilitamise ja suurendamise nõue eeldab pädevuse määramist, mida aga polegi nii lihtne teha. Vaatamata suurele hulgale teemakohasele teaduskirjandusele, ei ole pädevust e. kompetentsust kerge määratleda. Uurijad on mõistet "pädevus" käsitletud erinevalt ja pole selle seletamisel konsensuseni jõudnud.

Ruohotie (2002) võtab kokku uurijate arusaamad **kompetentsusest** kui indiviidi (aga ka kollektiivi) **potentsiaalsest kapatsiteedist** käsitleda edukalt (esitatud formaalsete või informaalsete kriteeriumite järgi) mingeid olukordi või sooritada töö või täita ülesanne. Selline küllaltki lai käsitlus määratleb kapatsiteedina motoorsed oskused, kognitiivsed tegurid (teadmised, intellektuaalsed oskused), afektiivsed tegurid (väärtushinnangud, hoiakud), isiksuslikud tegurid (eneseusaldus jms) ja sotsiaalsed oskused (kommunikatsioonioskused jms).

Paljud uurijad interpreteerivad **pädevust e. kompetentsust** dünaamilise protsessina. Pädevust võib käsitleda ka **indiviidi atribuudina**, st. inimliku ressursi või kapitalina, mille töötaja toob kaasa oma ametisse (Ruohotie 2002).

Ka Virkkunen & Miettinen (1981) määratlevad pädevust laiemalt, indiviidi **võimena, teadmistena ja motivatsioonina**. Uurijad näevad pädevust:

- võimena eristada ja erialase hariduse toel süvendada teoreetilisi ja praktilisi teadmisi kindlate ülesannete lahendamiseks
- võimena jälgida oma ala teaduslikku ja tehnoloogilist arengut ja omandada sel alusel uusi töömeetodeid

- võimena siirduda sama ala teistesse valdkondadesse
- võimena pidevalt samal alal edeneda ja areneda nõudlikumate ülesannete täitmiseks
- võimena osaleda töömeetodite arendamisel
- võimena omandada täiesti uus tööteostusviis

Ametioskus või **pädevus e. kompetentsus** võib niisiis olla võime valitseda tööprotsessi mõttetasandil ja toimida õigesti ja otstarbekalt muutuvates tingimustes. Ametialane **pädevus** ei ole staatiline oskuste-võimete kogum, vaid jätkuvalt muutuva ja kasvava protsessi tulem. Ametialane **pädevus** väljendab ka indiviidi võimete ja töö nõuete vahelist suhet. Pädevus sisaldab nii töö poolt esitatavad nõuded kui ka tegija motiveerituse, väljendades töö ja selle tegija vahelist suhet. Debling (1990) kirjeldab kompetentsust järgmiselt: **kompetentsus** tähendab võimet sooritada tööülesandeid oma töövaldkonnas vastavalt ootustele. Niisiis on see lai käsitlus võimest kasutada oma teadmisi ja oskusi töövaldkonna uutes, muutunud tingimustes. See aga tähendab töö organiseerimist, planeerimist, innovatsiooni ja ülesannete lahendamist rutiinsest tööst nõudlikumates ja raskemates tingimustes. Deblingi määratlus kirjeldab **kompetentsust e. pädevust** kolme olulise teguri kaudu, milleks on **instrumentaalsus, analüütilisus, inimsuhtekesksus**.

- **Instrumentaalne kompetentsus** seisneb võimekuses kasutada töövahendeid ja töömudeleid.
- **Analüütiline kompetentsus** seisneb süstemaatilises ja loogilises mõtlemisviisis, võimes tulla toime ebatavalistes tööolukordades.
- **Inimsuhtekeskne kompetentsus** tähendab võimekust tegutseda edukalt inimsuhete vallas.

Kaks viimast on eriti olulised inimestega tegelevates ametites, need on n.ö võtmeoskused, mis on vajalikud kompetentsuse saavutamiseks omal alal.

Inimestega tegelevates ametites eeldab pädevus kindlasti erialast kõrgharidust. Koolitusprogrammid ja õpetuse sisu vahelduvad, aga üldiselt loodetakse saavutada pädevus järgmistel tasanditel:

- intellektuaalne pädevus ehk töö üldine mõistmine
- tegevuslik pädevus ehk olukordadest tulenev sekkumisvajaduse mõistmine
- isiksuslik pädevus - iseenda mõistmine ja tundmine ning tahe arendada oma professionaalsust
- hinnanguline pädevus - võime hinnata ja analüüsida tulemusi, tagajärgi ja mõjutusvõimalusi

Pädevust e. kompetentsust võidakse määratleda ka mõistete "indiviid" ja "töö" kaudu. Töö all mõistetakse ülesandeid või probleeme, mida indiviid peab lahendama, et saavutada soovitud tulemused. **Kompetentsus** määratletakse sel juhul **indiviidi tegevusvõimena** kindla probleemi, ülesande või konteksti suhtes. Samal ajal võidakse seda näha ka võimena edukalt sooritada töö või probleemilahendus ja ka võimena identifitseerida ja laiendada tööülesandest lähtuvat tõlgendus-, tegevus- ja hinnanguvõimalusi, see tähendab **reflektiivset suhtumist** oma töösse ja tegevusse.

Selle võime määravad aga **inimese** psühhomotoorsed, afektiivsed, sotsiaalsed ja muud isiksuse omadused. Pädevus ei ole lõplikult saavutatud omadus või valmidus. Pädevus peab arenema, kasvama, et töötaja tuleks toime üha uute nõudmistega tööalases tegevuses. Seega on **ametipädevuse** keskne element võime vastata töös esinevatele muutustele ja väljakutsetele.

Sotsiaaltöö ametites vajalike teadmiste omandamisel ja **pädevuse** arendamisel on tegemist mitme samal ajal areneva protsessiga — **sotsiaaltöö** peamiste teooriate ja meetodite õppimise, olulisemate tegevusmallide omandamise, loovuse ja innovaatilisuse arendamisega. Innovaatilisus õppeprotsessis on probleemide lahendamise ja kasutatavate tegevusmeetodite vaheliste vastuolude ning interaktsiooni mõistmine ja ärakasutamine uute mudelite loomisel. Siit järeldub, et ei saa olla autoriteete, kes teavad täpselt, kuidas toimida ja mida õpetada (Satka 1997).

Ametialane pädevus ehk kompetents ei ole niisiis sotsiaalala ametites tegutsejatel püsiv omadus või valmidus. Paljud tänapäeva inimsuhetega tegelevate ametite uurijad (Schön 1983, Ashmore 1989, Järvinen 1990, Engeström 1992; Karvinen 1996) kasutavad ametipädevust kirjeldades **reflektiivsuse** mõistet (*the reflective practitioner*). Selle mõiste all mõeldakse fenomeni, kus pädev töötaja tööprotsessi muutuvates olukordades probleeme lahendades loob ise uusi teadmisi ja oskusi refleksiooni abil.

Melvin Pollneri (1991) järgi kasutatakse mõistet **reflekteerimine** sellise protsessi seletamiseks, mis hõlmab peegeldust e. tagasisidet, kriitilist hinnangut, järelduste tegemist ning vastavalt sellele uue loomist.

Järvis (1990) järgi tähendab **reflekteerimine** oma mõtlemisviisi, kommunikatsiooni ja tegevuse analüüsimist. Kõik see on seotud nii õppimise kui ka oma töö analüüsimise ja arendamisega. **Reflektiivne ametialane** tegevus tähendab, et töötaja ei ole välistest mõjudest ja autoriteetidest sõltuv, vaid ta võtab vastutuse enda peale ja hindab oma tööd põhjendatud kriitilist analüüsi kasutades.

Reflekteerimine tähendab enamat kui lihtsalt kriitilist analüüsi — see ei ole üksnes mõttetöö, vaid sisaldab ka tegevuse põhjal omandatud kogemusi, kogemusest õppimist ning uute võimaluste ja töömeetodite loomist. Pidevalt muutuvatest olukordadest ja saadud kogemustest õppimine toimub just reflekteerimise teel (Järvinen 1990).

Pädeva töötaja **reflekteriva mina** abil kujunebki tema **tööroll** ja **ametiidentiteet**. Ametiidentiteet kujuneb **ametiideoloogia** toel, kindla rühma veendumuste ja väärtushinnangute alusel. Veendumused ja väärtushinnangud tulenevad inimkäsitlusest ja maailmavaatest. Ametiideoloogia toimib ametkonnas määrajana, sest selle abil määratakse töö olemus, tunnustatakse tegutsemisviise ja -meetodeid, st. ametiideoloogia seadustab ametkonnas valitsevad tegutsemisviisid. See aga tugevdab töötajate ühtekuuluvustunnet ja motiveerib töötajaid pädevust arendama.

Ametiideoloogia mõiste on seotud **professiooniga** ja akadeemilist haridust eeldavate ametite taotlusega saavutada ühiskonnas kindel positsioon. Ametiideoloogia ja ametiidentiteediga on seotud ka rollid. Rollid kontrollivad käitumist, järgides institutsioonide nõudmisi ja ettekirjutusi. Töörolli esitamine väljendab ka institutsionaalset käitumist tervikuna.

Varila (1991) järgi **tööroll** kinnistab **ametipädevuse** ja **ametikäsituse**. Ametialase pädevuse juurde kuulub töötegija reaalne arusaam ja seisukoht oma olukorrast (tugevatest ja nõrkadest külgedest), tööülesannetest ja nende seosest ametirolliga. Ühesugust tööd tegevad invidiidid moodustavad ametirühma, kel on ühesugused arusaamad ametirollist ja ametieetikast ning kelle ametioskused üldistatakse kollektiivseks pädevuseks. Töötegija, pidades end kindla valdkonna töötajaks, võtab omaks selle valdkonna ametieetika ja kujundab oma ametiidentiteedi. Koostöös moodustub **kollektiivne identiteet**, mis töötajad tugevasti tööga seob ja mille aluseks on professiooni filosoofia.

Abbotti (1988) järgi on professionid ametirühmad, kes kohaldavad abstraktseid teadmisi ja praktilisi oskusi kindlate probleemide lahendamiseks. Määratluse aluseks on arusaam sellest, et ametialase tegevuse keskne nähtus on professiooni ja tehtava töö vaheline suhe ehk **pädevusvaldkond**. Töötajate pädevus loob ametkonna pädevuse, mis avaldub võimupiirkonnana e. jurisdiktsioonina ameti õiguses kindlate ülesannete täitmiseks ühiskonnas. Ametkondadevaheline konkurents toetab professionaalset ametipraktikat ja nii kujunebki ametipädevus tegelikus töös.

Kasutatud kirjandus:

Abbott, A. (1988) The system of professions. An essay on the division of the expert labour. Chicago: University of Chicago Press.

Debling, G. (1990) The Employment Department/ Training Agency Standards Programme and NVQ-s: implications for education. Burke, I. W (ed.) Competency Based Education and Training. London: The Falmer Press.

Engeström, Y. (1992) Interactive expertise. Studies in distributed working intelligence. Research Bulletin 83, 1992. Department of education, University of Helsinki. Helsinki: Yliopistopaino.

Järvinen, A. (1990) Reflektiivisen ajattelun kehittyminen opettajankoulutuksen aikana. Kasvatustieteiden tutkimuslaitoksen julkaisusarja A, tutkimuksia 35. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Karvinen, S. (1996) Sosiaalityön ammatillisuus modernista professionaalisuudesta reflektiiviseen asiantuntijuuteen. Kuopio Yliopisto. Kuopio 1996.

Pollner, M. (1991) Left of ethnomethodology: The rise and decline of radical reflexivity. American sociological review, Vol. 56, June.

Ruohotie, P. (2002). Kvalifikaatioiden ja kompetenssin kehittäminen koulutuksen tavoitteena. Saarijärven Offset Oy. Hämeenlinna.

Satka, M. (1997) Sosiaalityön tulevaisuutta rakentamassa. Artikkeleita sosiaalityön opetuksen uudistamisesta. Jyväskylän Yliopisto, Jyväskylä.

Schön, D. (1983) The reflective practitioner. How professionals think in action. Aldershot Hants, Great Britain: Avebury.

Varila, J. (1990) Itseohjautuvan oppimisen käsiteellistä ja empiiristä tarkastelua. Helsingin yliopisto Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus. Tutkimuksia, 2.

Virkkunen, J.&Miettinen, R. (1981) Opetus ja työstä oppiminen henkilöstön kehittämisessä. Julkaisusarja B, 14.

Avaldamata allikad:

Tamm, T. (1998). Eesti sotsiaaltöötaja ametikasvust, ametiidentiteedi ja professioni kujunemisest. Magistritöö. TPÜ. Tallinn.

Sotsiaaltööst Romanovite aegsel Venemaal

Aleksander Vassenin

sotsiaaltöö magister

Käesolev kirjutis on ajendatud asjaolust, et viimasel ajal me vaatame põhiliselt läände; kuid kasulik oleks ka kas või põgusalt meelde tuletada aega, mil Eestit mõjutas pigem ida ehk suurriik Venemaa. Ajalugu tõestab pidevalt suure saksa mõtleja Hegeli üldistust, et ajaloost ei ole veel mitte keegi mitte kuskil ega mitte midagi õppinud. Nõukogude ajal püüti tsaariaega seostada kõige halvaga ja näidata, et kõik hea algas Suure Sotsialistliku Oktoobrirevolutsiooniga. Niisiis püüab alljärgnev kirjutis mõningal määral täita valgeid laike meie senistes teadmistes sotsiaaltöö ajaloost.

17. sajand oli nii kirikliku kui ka ilmaliku sotsiaaltöö edenemise ajaks Venemaal. Riikliku sotsiaalabi osutamise alguseks loetakse **1682. aasta ukaasi projekti** riikliku halastustöö abinõudest, milles nimetatakse peamisteks abivajajate gruppideks vaeseid, vigaseid, elatanud inimesi ja kerjuseid. Projekt nägi ette meetmeid iga nimetatud rühma abistamiseks. Tuleb märkida, et projekt sisaldas ka ennetavaid meetmeid: kerjaste ja vaeste perede lapsed pidid alghariduse omandamise kõrval saama ka väljaõppe mingil käsitöölal, et nad suudaksid ise endale elatist teenida. **Peeter I** ajal valitses seisukoht, et kõik, kes vähegi suudavad, peavad töötama, sest tsaar ei sallinud logardeid. **Jekaterina II** ajal võeti vastu mitu seadust, mis reguleerisid nii toetus-, kontrolli- kui ka kasvatusinstitutsioonide tegevust. Eriline koht hoolekande ajaloos on keiser Paul I abikaasa **Maria Fjodorovna** tegevusel 19. sajandi esimesel kolmandikul. Tema eestvõttel loodi **Maria Kuratoorium**, mis alates 1918. aastast jätkas oma tegevust haiglana. See asutus toetas ja hooldas tuhandeid inimesi. Maria Kuratoorium aitas kaasa avahoolduse laiale levikule, samuti toetas hariduse andmist nägemis- ja kuulmispuudega inimestele. Paralleelselt riikliku hoolekandega arenes **metseenlus ja sponsorlus**. Nimetagem selliseid tuntud vene ettevõtjaid - metseene nagu Morozov ja Ljazov. **Sotsiaaltöö** kui professioni sai Venemaal alguse 1864. aastal.

20. sajandi alguses olid Venemaal valminud **uurimused** kõigi olulisemate sotsiaalprobleemide kohta. Neis käsitleti alkoholismi, prostitutsiooni, tööpuudust, hoolekannet, riskirühmi ja puuetega inimesi. Hakati pöörama tähelepanu lastekaitsele. Sotsiaalabi struktuur muutus, tekkisid uued abivajajad ja hoolekande vormid. Meditsiin ja haridus eraldusid hoolekandest ja muutusid iseseisvateks valdkondadeks. Arendati välja ka **sotsiaalkindlustuse** alused. 1903. aastal anti välja ukaas ravikindlustusele ülemineku kohta, mis pidi laienema kogu impeeriumile. 1912. a hakkas kehtima ülevenemaaline ravikindlustusseadus, millega kehtestati ravikindlustus kõigile töövõimelistele inimestele ja nende perekonnaliikmetele. Sotsiaalalal saavutati võttis kokku 1910. aastal toimunud **heategevuse kongress**, kus anti tehtule kõrge hinnang.

Eesti- ja Liivimaa, mis kuulusid teatavasti Vene impeeriumi koosseisu, kulgesid ülalmainitud protsessid, eriti hoolekande areng, mõnevõrra kiiremini. Eriti tasuks märkida vastutuse üleandmist hoolekande korralduse eest mõisatelt valdadele, mis tublisti ergutas kodanikualgatust ja suurendas vastutustunnet kogukonna liikmete toimetuleku eest. Ka Eestis oli tähtsal kohal ühiskondlik tegevus: linnades moodustati vabatahtlikkuse alusel mitmeid abifonde.

Kokku võttes Romanovite aegset hoolekannet ja sotsiaaltööd, võib öelda, et pärand, mille Eesti Vabariik sealt sai, oli väärtuslik. Sellele tuginedes rajati Eestis kahe maailmasõja vahel hästi funktsioneeriv sotsiaalkaitse süsteem. Tehes kokkuvõtteid 20 aasta jooksul läbi viidud hoolekandetööst, konstateeris Rahvaleht 16. aprillist 1940, et "meie sotsiaalhoolekandelises töös Skandinaaviamaadest paar sammukest ees oleme, mida me julgusega väita võime." Tänapäeval on vahe Skandinaavia maadega ilmne, kuid seekord kahjuks mitte meie kasuks. Sellele vaatamata võidakse Eestis seda tööd jätkata suhteliselt heades tingimustes.

Juudi folkloorist:

"Motka seisis ja imetles ühte suurepärase maja, mis kuulus kellelegi pagarile.

"Motka, mida sa nii üksisilmi vaatad?", küsiti temalt.

"Ma kohe kuidagi ei saa aru, kuidas nii väikesed saiad võisid sünnitada nii suure ja toreda maja", vastas Motka.

Kord ütles keegi rikas mees etteheitvalt Motkale: "Miks sa kogu aeg naerad rikaste üle, kas oled mõni rikaste vastane mässaja või?"

Motka vastas: "See, et üks on rikas ja teine vaene – Jumal nendega -, aga et mina olen see "teine", see ei meeldi mulle küll mitte põrmugi.

Saike läks kord rikka mehe juurde, et temalt paluda armuandi ühe vaese perekonna toetamiseks. Talle ulatati viiekopikaline.

Saike vaatas kaua raha ja hakkas siis annetajat tänama ja õnnistama: "Andku Jumal teile kõige eest viis korda enam tagasi!"

Rikas vihastus ja hakkas Saiket sõimama. Saike aga vastas rahulikult: "Teil on veel võimalus sellesama õnnistuse lootuses annetada ka kaks tuhat rubla."

Kord istus Motka ühe rätsepa juures ja tukkus. Temalt küsiti: "Motka, mida sa siin teed?"

"Ma aitan rätsepat", vastas Motka.

"Aitad? Mismoodi?"

"Vaata, pühad on tulemas ja mu sõber rätsep on tööst nõrkemas. Tal pole viivukski mahti puhata, magamisest rääkimata. Ma lasen siin tema eest sõba silmale."

Kord vihastas peremees oma sulase peale väga tõsiselt ja sõnas: "Mis ma sinuga ometi pean tegema, et sa veidikenegi targemaks saaksid? Ma ei saa sulle ju oma pead anda!"

"Taevas hoidku!", hüüatas kohkunud sulane, "mul on endagagi tegemist küllalt ja kui mul oleks veel ka sinu pea, siis ei kõlbaks ma enam mitte kuhugi!"

Kord küsis üks hädaline Saikelt nõu, kuidas vabaneda kõhuvalust. Saike kohe soovitama: "Vaja juuksed pealaelt pügada ja sellele kohale tilgutada põleva küünla rasva."

"Ja siis?"

"Pärast seda", vastas Saike, "on kõhuvalu nagu pühitud, sest sa hoiad pead käte vahel ja oigad: Oh mu pea; oh, mu vaene pea!"

Koostanud Jüri Raudsepp

Vahelduseks senisele filosoofilisele tõsidusele mõningaid humoorikaid lühipalu juudi folkloorist, nagu neid võime lugeda kogumikust "Jevreiskije narodnoje skazki", (Sankt-Pererburg, 1999). Sõnaseletusi: *tsadik* - hassiidi vaimulik liider; *rebe* – hassiidi tsadikute tiitel, tavaelus tähendab "minu härra".