

*Eesti Vabariigi Sotsiaalministeerium
Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse Keskus
Eesti Psühhosotsiaalse Rehabilitatsiooni Ühing*

***Psüühilise erivajadusega
inimeste hoolekanne***

Eestis

Käsiraamat

2000/2001

Autorid:

Valdeko Paavel (koostaja)

õpetaja, psühholoog, sotsiaaltöö teadusmagister, töötanud õpetajana, tööjuhendajana ravitootlas, teaduri ja õppejõuna Tartu Ülikoolis, erinevatel ametikohtadel Tartu Linnavalitsuses ja Sotsiaalministeeriumis ning vabakutselise konsultandina

Jaan Kõrgesaar

Tartu Ülikooli eripedagoogika professor, pedagoogikateaduste kandidaat, töötanud teaduri ja õppejõuna Tartu Ülikoolis

Aive Sarjas

arst, sotsiaaltöötaja, töötanud praktiseeriva arstina Tõnismäe Polikliinikus ja erinevatel ametikohtadel Sotsiaalministeeriumis

Sirlis Sõmer

eripedagoog, sotsiaaltöötaja, töötanud mitmes psüühikahäiretega inimestele orienteeritud projektis ning Sotsiaalministeeriumis

Veiko Vasar

Tartu Ülikooli psühhiaatria professor, meditsiiniteaduste kandidaat, töötanud praktiseeriva psühhiaatrina ja õppejõuna Tartu Ülikoolis

Sisukord

Alustuseks	5
Teadmised ja lähenemised	7
Bio-psühho-sotsiaalne inimene	9
Norm ja kõrvalekalle	11
Sotsiaalpoliitilised valikud	15
Sotsiaalpoliitiliste eelistuste rahastamine	17
Sotsiaalpoliitiliste eelistuste rakendamine	20
Psüühikahäired ja nende klassifitseerimine	22
Erialatehnooloogiline baasmudel	27
Erialased sekkumised	30
Hoolekande lähtealused	36
Hoolekande rakenduslikud paradigmad	38
Hoolekandeteenused	41
Psüühilise erivajadusega inimesed Eestis	44
Eesti üldine ruum	46
Hoolekandesektori viimaste aastate arengusuundumused	49
Psüühilise erivajadusega inimeste hoolekandeteenused	52
Hoolekandeteenuste preventiivne süsteem	56
Lõpetuseks	59

Alustuseks

Moto: Ma olen teid kusagil näinud, aga kus?

Käesolev käsiraamat on kollektiivse töö tulemus ja seda sugugi mitte ainult sellepärast, et tal on viis autorit. Lisaks neile on veel suur hulk inimesi, kes südamerahuga võivad ennast lugeda raamatu kaasautoriteks. Ennekõike tuleks siinkohal nimetada isikuid, kes koos autoritega osalesid ekspertidena 2000.aastal Sotsiaalministeeriumi poolt finantseeritud ning Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse Keskuse poolt läbi viidud projekti "Psüühiliste erivajadustega inimestele hoolekandeteenuseid osutavate asutuste erialalis-juhtimisalane audit" läbiviimisel: Pille Vaiksaar, Ene Päll, Riina Kiik, Andres Lehtmets, Vello Vengerfeldt ja Ants Puusild.

Selles, et see raamat on just niisugune nagu ta on, on teatud mõttes "süüdi" ka psüühiliste erivajadustega inimestele hoolekandeteenuseid osutavate asutuste juhid ja töötajad ning maavalitsuste esindajad, kellega suhtlemise tulemusena on selginenud ja/või kristalliseerunud nii mõnedki käsiraamatus väljatoodud seisukohad. Samuti püüti raamatu koostamisel silmas pidada neid inimesi, kes psüühilise erivajadusega inimestega ei tööta iga päev ja pidevalt, aga ennekõike oma tööülesannete tõttu nendega siiski aeg-ajalt kokku puutuvad.

Seega võib öelda, et käesoleva käsiraamatu koostamisel on püütud arvestada võimalikult laia lugejaskonna huvide ja vajadustega (lisaks eespoolnimetatutele kindlasti ka erinevate erialade üliõpilased) ning nagu niisugustel juhtudel ikka (st võimalikult paljude huvide arvestamisel), kaasnevad sellega nii mõnedki ootamatud ja raskesti ületatavad probleemid. See on ilmselt ka üks põhjusi, miks käesdeval raamatul on mitmeid puudusi, millest olulisemana võiks välja tuua, et:

- selles ei ole midagi maailmaajalooliselt uut
- sellest ei saa vastuseid kõigile huvitada võivatele küsimustele
- sellest ei ole võimalik leida nõ lõplikke vastuseid

Samal ajal võib maailma asjadele vaadata ka mõnevõrra helgema poole pealt või ka positiivsema pilguga ja niisugusel juhul võivad raamatul olla siiski ka mõned väärtused nagu näiteks:

- üht-teist uut ja/või uuenduslikku, vähemalt Eesti lugeja jaoks, selles siiski peaks olema
- nii mõnelegi küsimusele võib raamatust leida suhteliselt selgeid vastuseid
- kuna väljendatud seisukohad ei pretendeeri lõplikule tõele, jääb lugejale ruumi edasimõtlemiseks ja iseenese seisukohtade kujundamiseks

Käesoleva käsiraamatu autorid on üsna erineva elukogemuse ja erialase taustaga inimesed, kes on püüdnud kujundada ühelt poolt võimalikult lähedasi arusaamu ning seisukohti ja teiselt poolt võimalikult terviklikku lähenemist ja käsitlust ühele hoolekande kõige keerulisemale ja väga mahukale valdkonnale – psüühilise erivajadusega inimesed, nende probleemid ja probleemide võimalikud lahendusteed.

Psüühilise erivajadusega inimeste ja nende probleemidega seotud kitsamate teemade põhjalikke ja terviklikke käsitlusi on maailmas kirjutatud väga arvukalt ja paljud olulisemad neist on praeguseks huvilistele kättesaadavad ka eesti keeles. Käesolevas raamatus on enamus valdkonnaga seotud teemadest põhijoontes ainult markeeritud ja tervikliku pildi loomise eesmärgil üritatud välja tuua olulisim just terviku loomise seisukohalt.

Kas ja kuivõrd see on õnnestunud, jääb ennekõike lugeja otsustada. Autorid loodavad siiski, et nende raamatu kohta ei öelda nii nagu üks kriitik oli öelnud ühele algajale kirjanikule: “Teie raamatus on palju uut ja huvitavat, aga kahjuks pole uus huvitav ja huvitav pole enam kaugeltki uus”.

Teadmised ja lähenemised

Moto: Kõik oleme targad, koos veel targemad

Meie ümber toimuvat võib vaadata ja näha ning sellest aru saada mitmel erineval moel. Isegi niisuguseid kõige igapäevasemaid asju nagu näiteks hinnatõus, võimuvõitlus ja palavik või nohu võivad erineva tausta ning kogemusega inimesed tajuda ja tõlgendada väga erinevalt. Erinevalt saadakse aru ja tõlgendatakse ka märksa komplitseeritumaid nähtusi nagu näiteks tavapärasest erineva käitumise ja/või psüühikaga inimesed, nende probleemid ja probleemide võimalik lahendamine.

Tavapärasest erineva psüühikaga inimestest, nende probleemidest ja probleemide erinevatest võimalikest lahendusteedest on maailmas kogunenud suur hulk eritüübilisi ja erisisulisi teadmisi, mida võib jagada nelja gruppi:

- meditsiinilis-kliinilised
- sotsiaalteaduslikud
- kogemuslikud
- tavateaduslikud

Meditsiinilis-kliinilist teadmist on kõige enam arendanud psühhiaatrid ja kliinilised psühholoogid. Mõlemad erialad kasutavad valdavalt loodusteaduslikke uurimismeetodeid ning nende teadmisi kasutavad ka teised erialad, näiteks sotsiaaltöötajad ja õed. Oluline osa meditsiinilis-kliinilistest teadmistest on pärit ka üldmeditsiinist ja mõnedest meditsiini eriharudest.

Sotsiaalteadusliku teadmise arendamisse on oma panuse andnud sotsioloogia, sotsiaalpsühholoogia, antropoloogia ja mitmed teised sotsiaalteadused. Erinevalt meditsiinilis-kliinilisest lähenemisest keskendutakse sotsiaalteadusliku lähenemise puhul sotsiaalsele kontekstile ja sotsiaalsetele faktoritele nagu näiteks sotsiaalsed grupid, klassid, tööpuudus, kodutus, vaesus jms. Seepärast võib sotsiaalteaduslik arusaam olla oluliselt erinev kliinilis-meditsiinilisest.

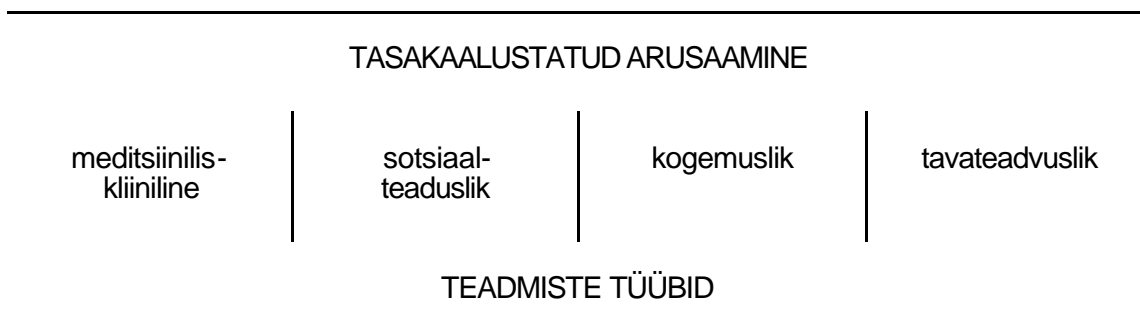
Kogemuslikku teadmist omavad ja kannavad ennekõike tavapärasest erineva psüühikaga inimesed ise. Erinevalt professionaalidest tunnevad nad oma psüühikat ja selle iseärasusi seestpoolt. Nende inimeste teadmises on sümptomite vahetu reaalsus viidud seosesse nende mõjuga elule kogukonnas. Spetsiifilisi kogemuslikke teadmisi omavad ka tavapärasest erineva psüühikaga inimeste perekonnad ja sõbrad.

Tavateadvuslikud teadmised tähendavad mitmesuguseid, ennekõike nõ. mitteametlikke kanaleid (perefond, sõbrad, ajakirjandus jms.) pidi ühiskonnas levinud arusaamu tavapärasest erineva psüühikaga inimestest ja nende käitumisest. Tavateadvuslikud teadmised mõjutavad vähemal või rohkemal määral kõiki inimesi mistahes ühiskonnas. Samal ajal on oluline rõhutada, et maailmas pole olemas ühetaolisi tavateadvuslikke teadmisi - erinevates kultuurides on tavapärasest erineva psüühikaga inimestest erinevad arusaamad.

Ajalises perspektiivis on erinevatest teadmistest ja lähenemistest kõige vanemad ja kestvamad (pikaajalisemad) olnud kogemuslik teadmine ja tavateadvuslikud teadmised. Mõlemad neist olid olemas ammu enne seda, kui hakkas välja kujunema meditsiinilis-kliiniline lähenemine oma teadmiste baasi ja meetoditega ja võib öelda, et kõik kolm olid põhijoontes olemas selleks ajaks, kui hakkas kujunema sotsiaalteaduslik lähenemine.

Tähenduselt ja kaalult domineerisid tavateadvuslikud ja kogemuslikud teadmised seni kuni muid teadmisi ja lähenemisi polnud. Kuna mistahes uue asja, nähtuse, lähenemise vms tekkimise üks loomulikest kaasnähtudest on kas varasema eitamine või vähemalt osaline vastandumine sellele, kaasnes ka meditsiinilis-kliinilis teadmise tekkimise ja arenemisega varasemate teadmiste ja lähenemiste järk-järguline kõrvaletõrjumine. Vähemalt mõningane vastandumine varasemale, sh. meditsiinilis-kliinilis lähenemisele oli ja on üsna loomulik ka sotsiaalteadusliku lähenemise kujunemisel.

Tänapäeval on erinevate teadmiste ja lähenemiste tähendus ja kaal ning omavaheline vahekord erineva kultuuritausta, arenguloo ja -staadiumiga riikide ning ühiskondade puhul erinev. Arenenud ühiskondades võib senini pidada domineerivaks meditsiinilis-kliinilist lähenemist, mis vähemal või rohkemal määral talub enda kõrval ka teisi teadmisi ja lähenemisi. Samas võib üldise suundumusena välja tuua liikumise kõiki teadmiste tüüpe võrdselt väärtustava, nõ. tasakaalustatud arusaamise poole.



Käesolev käsiraamat on kirjutatud veendumuses, et mitte ühelgi teadmisel, teadmise tüübil ega selle kandjal pole tavapärasest erineva psüühikaga inimestest arusaamise ja nende probleemide lahendamise monopoli. See on kirjutatud veendumuses, et tasakaalustatud ja adekvaatne arusaam tavapärasest erineva psüühikaga inimestest, nende probleemidest ja probleemide võimalikest lahendusteedest kujuneb lõppeks kõigi erinevate teadmiste liitumisel.

Bio-psühho-sotsiaalne inimene

Moto: Terves kehas on terve vaim ja vaimu läbi saab terveks ka

Iga konkreetne inimene on tervik, millel võib eristada kolme omavahel seotud, kuid samal ajal kvalitatiivselt erinevat tasandit ja/või funktsionaalset süsteemi:

- somaatiline, ennekõike meie füüsilis-keemilis-bioloogilise kehaga seonduv, sellest tingitud ja/või tulenev ning ennekõike keha kaudu mõjutatav
- psüühiline, ennekõike meie psüühika ja närvisüsteemiga seonduv, sellest tingitud ja/või tulenev ning ennekõike psüühika kaudu mõjutatav
- sotsiaalne, ennekõike meie ümber oleva sotsiaalse keskkonnaga seonduv, sellest tingitud ja/või tulenev ning ühiskonna kaudu mõjutatav

Igas süsteemis kitsamalt (omaette) käsitletuna eksisteerivad teatud kindlad funktsionaalsed seosed ja seaduspärasused, mis kehtivad ennekõike antud konkreetse süsteemi piires ja/või suhtes. Samal ajal eksisteerivad erinevate süsteemide vahel seosed, millest on erialaringkondades käesolevaks ajaks üldiselt aktsepteeritud vähemalt kaks suhteliselt selgepiirilist ahelat:

- psühho-somaatilised, st. keha ja psüühika omavahelised seosed
- psühho-sotsiaalsed, st. psüühika ja sotsiaalse keskkonna omavahelised seosed

Sellesse loendis viiks põhimõtteliselt lisada ka kolmanda, nõ. somaatilis-sotsiaalsete seoste ahela, näiteks sotsiaalsete probleemide ühel või teisel viisil väljendumisena konkreetse inimese keha tasandil. Samal ajal, arvestades asjaolu, et somaatilis-sotsiaalsed seosed toimivad lõppkokkuvõttes ikkagi läbi mõne konkreetse inimese ja tema psüühika, võib neid eraldiseisvatena ka mitte käsitleda ning piirduda nimetatud kahe seosteahelaga.

Vastavasisulise, nõ. somaatilis-sotsiaalsete seoste näitena võiks tuua kasvõi vaesusest tingitud alatoitumuse ja omakorda sellest tulenevad tervise- või kasvuhäired. Analoogse iseloomuga seoseid väljendab aga näiteks ka see, kui inimesele tekitatakse kehalisi vigastusi alkoholi- või narkouimas inimeste poolt ja seda eriti juhul kui vigastuste tekitajad on ka pikaajaliselt töötud. Ka tuberkuloos on sisuliselt käsitletav sotsiaalse haigusena, mille levikut pole võimalik märkimisväärselt piirata ilma sotsiaalsete abinõude rakendamiseta.

Psühho-somaatilised seosed tähendavad ja väljendavad ennekõike seda, et meie psüühikaga toimuv on (ja/või võib olla) tingitud somaatilistest protsessidest, häiretest vms. ning vastupidi - somaatilised protsessid, häired vms. võivad olla tingitud meie psüühikast.

Psühho-somaatiliste seoste iseloomulike näidetena tuuakse sageli mitmesuguseid haigusi, näiteks südame isheemiatõbi, Alzheimeri tõbi, dementsus jms. Analoogselt asetavad orgaanilised aju- või närvisüsteemi kahjustused piiranguid psüühikale, sh. vaimsele arengule. Psühho-somaatilisel foonil on käsitletavad ka näiteks väsimusest tingitud liiklusõnnetused ja muud traumad.

Psühho-sotsiaalsed seosed väljendavad ennekõike konkreetse inimese psüühika ja sotsiaalse keskkonna ja/või sotsiaalsete probleemide vastastikust seotust (sõltuvust).

Vastavasisuliste seoste ilmekaks väljenduseks on mitmesugused muutused inimeste käitumises suuremate sotsiaalsete muutuste perioodil, näiteks kuritegevuse kasv, prostitutsiooni ja alkoholismi levik ning enesetappude arvu suurenemine. Psühho-sotsiaalse päritolu ja iseloomuga on ka muutused, mis toimuvad pikaajaliselt töötu staatuses oleva inimese psüühikas.

Bio-psühho-sotsiaalsete seoste märkamine ja arvestamine on oluline ennekõike seepärast, et see võimaldab:

- adekvaatsemalt aru saada sellest, mis toimub inimeste ja ühiskonnaga
- valida toimuvate protsesside mõjutamiseks ja/või probleemide lahendamiseks võimalikult asjakohased vahendid

Konkreetselt tähendab see näiteks, et meil on tegemist põhimõtteliselt erinevate olukordade ja sellest tulenevalt ka võimalike ja vajalike sekkumiste viisidega juhtudel, kui Eestis näiteks:

- on kas 500, 5 000 või 50 000 töötut inimest
- kannatab depressiivsete meeleolude all kas 1 000, 10 000 või 100 000 inimest
- tapab ennast igal aastal kas 5, 50 või 500 inimest

Norm ja kõrvalekalle

Moto: Kõik on võrdsed, mõni veel võrdsem

Inimesed erinevad üksteisest kõigi oma vaimsete ja psühhomotoorsete võimete, tausta, isiksuse omaduste, iseloomujoonte jms. poolest. Võrreldes teiste inimeste ja mistahes abstraktsete norm-keskmiste või norm-ideaalidega on igal inimesel vähemal või rohkemal määral iseärasusi, erinevusi ja/või kõrvalekaldeid. Võib ka öelda, et nõ. absoluutselt normaalset, tervet, keskmist, ideaalset ja/või ühegi kõrvalekaldeta inimest pole reaalselt olemas.

Enamasti on erinevused siiski nii väikesed, et neid esmapilgul kas ei märgata üldse või kui ka märgatakse, siis need ei häiri ega takista ei teisi ega inimest ennast. Teisiti öeldes, normina käsitletakse või sätestatakse küll mingi konkreetne suurus, mudel vms. aga reeglina tõlgendatakse seda teatud tolerantsiga, st normi sisse arvestatakse teatud piires ka kõrvalekalded sellest. Missugune see konkreetne norm ja tolerants igal konkreetset juhul on, sõltub ennekõike valdkonnast, mõõdetava suuruse iseloomust (sh. selle mõõdetavusest) ja (kultuuri)keskkonnast.

Alates teatud piirist (väärtusest vms.) võib erinevus (kõrvalekalle) aga muutuda vähemal või rohkemal määral häirivaks kas inimesele enesele, teistele või mõlemale, st. nii inimesele endale kui teistele. Samuti on kõrvalekalletel olemas teatud ülemine piir, alates millest see võib muutuda juba väga raskesti talutavaks (talumatuks, ohtlikuks) nii inimesele enesele kui teistele. Analoogselt alumisega on ka ülemisel piiril teatud tolerants, mida juriidilises keeles väljendatakse näiteks pehmendavate või raskendavate asjaoludena.

Näiteks, autoga sõitmise lubatud piirkiiruseks sätestatakse mingi konkreetne väärtus, mis riigiti oluliselt ei erine ja mille kuni 10%-list ületamist erinevates riikides ja kultuurides reeglina sallitakse. Riigiti ja kultuuriti üsna erinev on seevastu suhtumine auto juhtimisel lubatud alkoholi kogusesse organismis (lubatud ja sallitud vahemikus 0,1,5 promilli) ja selle ületamisse. Üsna ühetaoliselt suhtutakse aga praktiliselt kõikjal näiteks raskes joobes suure kiirusega teise inimese surnuksõitmisel.

Seega on mistahes kõrvalekalletel vähemalt kaks ligikaudselt määratletavat väärtust (suurust vms.), mida võiks klassifitseerida nõ. väikesteks ja suurteks. Nõ. väikeste ja suurte kõrvalekallete vahele jääb teatud ruum, mida võib omakorda liigendada erinevatesse gruppidesse (etappidesse). Sõltuvalt valdkonnast (selle eripärast, mõõdetavusest ja mõõtmise ratsionaalsusest) on vastavate gruppide arv enamasti vahemikus 2-7.

Näiteks on Maailma Tervishoiuorganisatsioon soovitanud kasutada füüsilisest ja/või psüühilisest kahjustusest või häirest tingitud sotsiaalse puude tekke mehhanismi selgitamiseks järgmist skeemi.



Nagu näha on sellel skeemil välja toodud neli erinevat seisundit (staadiumi, etappi vms.), millest igaühel on teatud spetsiifilised tunnused. Sõltuvalt inimese seisundist, häire (kõrvalekalde) valdkonnast ja iseloomust võib inimene vastata ühele või teisele staadiumile või liikuda dünaamiliselt erinevate staadiumide piiridel. Samuti võib inimene nõ. vasakult kastist parempoolsesse jõuda mõne sekundiga (näiteks liiklusõnnetuse tagajärjel) või paljude aastate jooksul (näiteks reumatoidartriidi puhul).

Eestis varem toiminud süsteemidest võiks vastava klassifitseerimise näitena tuua vaegurluse ja selle määramise süsteemi, milles inimene teatud näitajate alusel paigutati ühte kolmest vaegurluse grupist. Alates 2001.aastast on see asendatud puude määramise 3-astmelise süsteemiga.

Üldine reegel on, et mida suuremad on kellegi erinevused mistahes võime, omaduse vms. normist (ennekõike norm-keskmise tähenduses), seda harvemini me neid isikuid kohtame. Teisisõnu, mida suurem on kõrvalekalle, seda harvemini ta esineb.

- kergemaid kõne- ja käitumishälbeid ja/või õpiraskusi esineb 10-35% lastest
- andekaiks peetakse 3-5% õpilastest
- raskeid meele-, vaimu ja kehapuudeid ning käitumishälbeid tuleb ette mõni mitme tuhande isiku kohta
- mõnda puuet või haigust esineb ühel inimesel mõnekümnest või koguni mitmesajast tuhandest
- I-grupi vaeguriks (kõige suurem kõrvalekalle) hinnatute arv on Eestis 5-6 korda väiksem II-grupi vaeguriks hinnatute arvust

Normi ja kõrvalekalde defineerimisel ning kõrvalekalde suuruse määramisel on lisaks erialastele, poliitilistele, kultuurilistele, sotsiaalpsühholoogilistele jms. aspektidele oluline ka majanduslik aspekt. Nimelt kaasneb ühe või teise grupi defineerimise ja sellest tingitud eri(kohtlemis)vajaduste määratlemisega ka teatud rahalise ressursi ümberpaigutamine (vastasel juhul poleks grupeerimisel mõtet). Piiri tõmbamisega ja vastavalt kas ühte, teise või kolmandasse gruppi kuuluvuse tingimuste karmistamise või pehmendamisega on võimalik ümberjagatava ressursi suurust (vajalikke kulutusi) kas vähendada või suurendada.

Näitena võiks tuua kuulmislanguse. Põhimõtteliselt saab kõik inimesed kuulmise järgi paigutada kontinuumile, mille ühes otsas on normaalne, häireteta kuulmine ja teises otsas absoluutne kurtus. Lõppkokkuvõttes on ühiskonnasisese kokkuleppe või otsustamise küsimus, missugusest kuulmislanguse määrast alates (näiteks 20 dB, 30 dB, 40 dB vms.) on inimesel alust ja õigust teatud toetust või abi, näiteks tasuta kuuldeaparaati, saada. Omades ülevaadet kuulmislanguse levikust ja teades kuuldeaparaatide hindu, on erinevasse kohta piiri tõmbamise maksumus suhteliselt hõlpsasti välja arvatav. Analooogne on olukord ka vaegurluse gruppide ja puude raskusastmega.

Seega ei tähenda inimese mingi erinevus või kõrvalekalle iseenesest, et inimesed vajaksid mingis mõttes või mingis suhtes erilist kohtlemist või kõrvalist, sh. ühiskonnapoolset sekkumist. Olulised on veel ühiskonnasiseses kokkuleppes ja/või kehtestamises väljenduvad vastused vähemalt kolmele põhimõttelisele küsimusele:

- kuhu ja kui kategooriliselt tõmmata normi ja märkimisväärse kõrvalekalde vaheline piir, st mis punktist ja/või missugustel tingimustel või tunnustel hakata teatud tegevust, seisundit, nähtust või käitumist pidama tähelepanuväärseks kõrvalekaldeks
- kas ja kuidas rühmitada kõrvalekaldeid nende suuruse, ulatuse, sügavuse, mõju, tagajärgede vms. järgi, näiteks kahte, kolme, nelja või enamasse gruppi
- mis juhtub, kui inimene oma seisundilt või käitumiselt jääb nõ. teisele poole piiri, st. kas ja missuguseid sanktsioone inimese suhtes rakendada

Näiteks lisaks sellele, et riigiti (st. erinevates kultuurides ja/või keskkondades) on üsna erinev suhtumine auto juhtimisel lubatud ja sallitud alkoholi kogusesse organismis, on riigiti oluliselt erinevad ka ühiskonnapoolsed sanktsioonid, mida auto joores juhtimise eest rakendatakse - alates suhteliselt väikesest või isegi sümboolsest rahatrahvist ja lõpetades vanglakaristuse, tänavapühkimise ning kohustusliku teraapiaprogrammides osalemisega ka väikeses joores sõitmise eest.

Viimatimärgitud küsimus on oluline ka seepärast, et analoogselt normi-hälbe piiri suhtelisusele on suhteline ka teatud probleemidesse ühiskonnapoolse sekkumise iseloom, selle määr ja võimalik efekt. Teisiti öeldes, üht ja sama tulemust võib nii positiivses kui negatiivses suunas saavutada väga erinevate vahenditega, kusjuures igal vahendil on oma maksimaalne võimalik efekt.

Näitena võiks tuua meditsiinis tuntud "minimaalse doosi efekti", mille järgi on igal ravimil teatud annuseline piir, mille ületamisel enam praktiliselt mingit märkimisväärset lisaefekti ei saavutata. Küll võivad selle ületamisega kaasneda mitmesugused soovimatud kõrvalnähud. Analoogse näitena meie hilisminevikust võiks tuua nõukogudeaegse alkoholi hinna tõstmise kogemuse, kui alates teatud hinnast alkoholi ostmine järsult vähenes, tarbimine aga mitte, sest alkoholi hakati ise tootma.

Normi ja hälbe kontekstis väärriks eraldi väljatoomist ka kaks põhimõtteliselt erinevat ja võiks ka öelda, et teineteist välistavat hoiakut ja/või lähenemist nii konkreetsetele inimestele ja nende tegudele kui ühiskonnaelu üldisele korraldusele ja selle ülesehitamisele:

- normikeskne lähenemine
- hälbekeskne lähenemine

Normikeskse lähenemise puhul on domineerivaks nõ normaliseeriv hoiak, mis tähendab, et võimalikult kõiki asju ja nähtusi vaadeldakse ja käsitletakse võimalikult normaalsetena, normi poole püüdnud kontekstis ja sellest tulenevalt ehitatakse normile (ennekõike norm-keskmise tähenduses) ja/või sellele orienteeritult üles ka sotsiaalsete institutsioonide korraldus ja toimimine. Hälbekeskse lähenemise korral lähenetakse inimestele ja sündmustele maksimaalse hälbe poolt ja vastavalt sellele ehitatakse üles ka sotsiaalsed institutsioonid.

Normikeskne ja hälbekeskne lähenemine ning nende erinevused väljenduvad üsna ilmekalt nii inimeste igapäevases kõnepruugis, ajakirjanduses kui seadusandluses ja selles kasutatavas keeles. Näiteks on mitte ainult verbaalne, vaid üsna põhimõtteline vahe selles, kas käsitleda mõnda inimest seaduse rikkujana või kurjategijana, autot joobes juhtinuna või roolijoodikuna, häiritud psüühikaga inimese või vaimuhaigena jne.

Normikeskse ja hälbekeskse lähenemise põhimõttelised erinevused väljenduvad aga ka ühiskonnas väärtustatud ja vajalikeks peetavates tegevustes, nende teostamiseks vajalike institutsioonide kujundamises ja nende tegevuse suunamises.

Näiteks seaduserikkumiste või kuritegevuse kontekstis võib normikeskse lähenemise puhul välja tuua neli võrdselt olulist tegevust: avastamine (märkamine), fikseerimine, karistamine ja rehabiliteerimine, kusjuures peaeesmärk on neist viimane. Hälbekeskse lähenemise korral on olulisi tegevusi pigem kolm ning peaeesmärgiks karistamine, mis saab pärast seda pole oluline.

Sotsiaalpoliitilised valikud

Moto: Mõnel on ja mõnel ei ole

Inimesed on aegade jooksul kasutanud ellujäämiseks väga erinevaid kooselu ja koostegutsemise vorme ning juhindunud seejuures erinevatest põhimõttelistest väärtushoiakutest ning -orientatsioonidest. Vaatamata erisustele võib kõik koosluste vormid siiski paigutada kahe põhimõttelise äärmuse vahele, mis vastutuspõhiselt väljenduvad kas ennekõike inimeste vastutuses oma heaolu ja toimetuleku eest või ennekõike ühiskonna vastutuses inimeste heaolu ja toimetuleku eest. Teisiti öeldes, kas inimeste vastutuse minimeerimises või maksimeerimises.

Inimeste enda maksimaalse vastutuse pooldamine parempoolse, liberaalse, residuaalse, vms. maailmavaate osana väljendub näiteks järgmistes seisukohtades:

- inimeste toimetulematuse ja ebaõnnestumiste põhjused on neis enestes
- toetused või teenused pole õigused, vaid kingitused, mille saajal tekivad teatud kohustused
- toetusi ja teenuseid tuleb anda ainult hädavajadusel ja nende andmine tuleb kohe lõpetada, kui isik või perekond on jälle suutelised ise toime tulema

Ühiskonna maksimaalse vastutuse pooldamine vasakpoolse, sotsiaaldemokraatliku, institutsionaalse vms. maailmavaate osana väljendub näiteks järgmistes seisukohtades:

- inimeste probleemid ja ebaõnnestumised on tingitud põhjustest, mis pole nende kontrolli all
- sotsiaalse heaolu programmid on kaasaegse ühiskonna loomulikud funktsioonid inimeste abistamisel nende eneseteostuses
- toetuste ja teenuste saamine pole häbiasi; nende saajal on selleks õigus

Nagu ikka, pole reaalses elus teoreetilistele konstruktidele reeglina absoluutselt üheseid vasteid. Enamus reaalseid ühiskondi kaldub ühe või teise väärtushoiaku või maailmavaate suunas ja/või kasutab sotsiaalsete probleemide lahendamiseks kahe erineva maailmavaate elementide kombinatsioone.

Arenenud ühiskondadest on inimese (ja perekonna) maksimaalse vastutuse pooldamine kõige ulatuslikumate traditsioonidega ilmselt USA-s, ühiskonna vastutuse pooldamine on pikemat aega domineerinud näiteks Põhjamaades. Ka Nõukogude Liidu heaolusüsteem oli üles ehitatud ühiskonnakeskselt.

Lisaks maailmavaatelisele ja/või väärtushoiakulisele erinevusele on kahe eespooltoodud lähenemise peamiseks praktiliseks väljenduseks ühiskonnas ümberjagatav ressurss, konkreetsemalt selle suurus ja ümberjagamise viis.

- inimese maksimaalse vastutuse pooldamine tähendab ennekõike seda, et ühiskonnas ümberjagatava ressursi suurus püütakse minimeerida st. nendelt, kellel on, püütakse ära võtta ja teistele anda nii vähe kui võimalik.
- ühiskonna vastutuse pooldamine väljendub ennekõike selles, et nendelt kellel on, püütakse ära võtta nii palju, et sellest jätkuks ka neile, kellel pole või kellel on liiga vähe.

Ka ümberjagamise viisi osas saab välja tuua kaks põhimõtteliselt erinevat lähenemist:

- ressursse jagatakse ümber erinevate inimeste vahel, st ühelt inimeselt võetakse ära ja antakse teistele ning hiljem võetakse teistelt ära ja antakse sellelesamale inimesele, kusjuures tagasi võidakse anda kõigile võrdselt või vastavalt sellele, kui palju ära võeti
- ressursse jagatakse ümber inimese erinevate eluperioodide vahel, st. inimeselt võetakse küll midagi ära, aga seda ei anta teistele, vaid antakse talle hiljem tagasi vastavalt sellele, kui palju talt ära võeti

Seega taanduvad sotsiaalpoliitilised valikud lõppkokkuvõttes küsimustele:

- Kellelt, kui palju ja kuidas VÕTTA
(kõigilt võrdselt või diferentseeritult, võimalikult palju või võimalikult vähe, otseselt või kaudselt, vabatahtlikult või sunniviisiliselt, otseste või kaudsete maksude, riigieelarve või kindlustusskeemidega, jne.)
- Kellele, kui palju ja kuidas ANDA
(vastavalt vajadusele või vastavalt staatusele, võimalikult palju või võimalikult vähe, sularahana või tasuta teenusena jne)

Sotsiaalpoliitiliste eelistuste rahastamine

Moto: Muusikat võid ju tellida, aga saad selle, mille eest maksta jõuad

Sotsiaalpoliitiliste eelistuste rahastamise kontekstis ümberjagamisest viimastel aastatel tegelikult enam eriti ei räägita, räägitakse ennekõike investeringust. Investeringust inimressurssi, mis majanduslikus mõttes on sisuliselt samasuguse olemusega nagu näiteks investering teedehitusse, infotehnoloogiasse, hoonetesse, seadmetesse, teadusesse vms. Inimeste puhul on investeerimisel siiski mõni erinevus.

Kõigepealt ja võibolla peamine eripära on investeringu väga pikk tasuvusaeg. Näiteks täna sündivasse lapsesse tuleb enne vähemalt parkümmend aastat investeerida, kui ta investeringut üldse tagasi tootma hakkab ja peale seda võib kuluda veel teist samapalju kuni ta investeringu on tagasi tootnud. Seega, investeringu tasuvusaeg vastsündinu puhul võib olla keskmiselt 30-50 aastat.

Teiseks on inimressurssi investeerimine mitmes mõttes riskantne, sest inimesega võib põhimõtteliselt igasuguseid asju juhtuda. Näiteks võib inimene hukkuda liiklus- või tööõnnetuses, kaotada trauma või haiguse tõttu töövõime, haigestuda mõnda praktiliselt ravimatusse haigusesse, hakata või saada narkomaaniks, alkohoolikuks, kurjategijaks, ennast ära tappa või saada tapetud, jne. Lõppeks võib "investering lihtsalt minema ujuda", st minna ennast nõ. taastootma sootuks mingisse teise ühiskonda ja kellegi teise jaoks. Nii või teisiti, on investori jaoks see ressurss kadunud.

Kolmandaks on inimressurssi investeerimise kontekstis veel üks oluline märksõna, mis võimalikke suhtumisi ja tegevusvabadust piirab – see on ressursimaht või ka üldine ressursisuutlikkus – väga lihtsalt öeldes raha hulk, mille võib lühemaks või pikemaks ajaks nõ kõrvale panna ja/või millega võib erineval määral riskida. Sellest tulenevalt on suurtel ja väikestel ja/või erineva rikkusastmega riikidel ühelt poolt põhimõtteliselt erinevad tegutsemisvõimalused ja teiselt poolt põhimõtteliselt erinevad kohustused investeringute kavandamisel ja realiseerimisel.

Kokkuvõtlikult, sotsiaalpoliitiliste eelistuste rahastamine ei saa ja/või ei tohiks tänapäeval enam tõesti olla lihtsalt raha ümberjagamine, vaid peaks olema väga hoolikalt kaalutud investering, mis ühelt poolt vähemalt üritaks vaadata tasuvusaja lõpuni, st 30-50 aastat ette, teiselt poolt püüaks minimeerida nii eelootletud kui muid võimalikke riske, st. peaks investeerima riskide vähendamisse.

Viimatinimetatud investeringute valdkond pole sisuliselt sugugi lihtsam kui nõ üldine investering inimesse. Võimalik et see on isegi keerukam, sest riske ei ole ka ajas

märkimisväärselt võimalik hajutada, mistõttu vead tulevad märksa varem ja tõenäoliselt märksa valulikumalt välja.

Seega esmane ja kõige võimsam sotsiaalpoliitiliste eelistuste rahastamise mõjutaja on ühiskonna käsutuses oleva raha kogumass, mille hulk lisaks riigi suurusele ja rikkusele sõltub ka riigi üldisest sotsiaalpoliitilisest orientatsioonist, st sellest, kas riik kaldub vasak- või parempoolsusele.

Olemasoleva raha kasutamisel on vaja teha mõned põhimõttelised valikud ja/või otsustused, mis on rohkem või vähem poliitilise iseloomuga ja nõuavad vastavalt ka rohkemal või vähemal määral ühiskonnaelu seaduspärasuste tundmist. Üldreeglina võiks kõnealuste otsustuste osas siiski öelda, et mida vähem poliitikat, seda parem rahvale ja vastupidi. Mõned põhimõttelised valikud on näiteks järgmised:

- kui suur osa sellest rahast eraldada sotsiaalpoliitiliste eelistuste rakendamiseks
- kas anda raha inimestele nõ "sulast" kätte või osutada selle eest tasuta teenuseid
- kuidas jagada raha erinevate elanikkonna gruppide vahel
- kuidas jagada raha ühe elanikkonna grupi sees

Järgnevalt vaatleme veidi lähemalt teist ja neljandat küsimust. Teist küsimust (inglise keeles: *in cash or in kind*) võiks vist pidada üheks sotsiaalpoliitika klassikaliseks põhiküsimuseks, millele aegade jooksul on püütud leida lahendusi nii teoreetilisel kui praktilisel tasandil. Senini universaalset ja ühest vastust pole leitud ning enamasti kasutatakse sularaha ja tasuta teenuste erinevaid kombinatsioone. Siiski on erinevates sotsiaalse heaolu sektorites mõned olulised tegurid, mis asetavad sularaha ja tasuta teenuste omavahelistele proportsioonidele teatud nõudeid.

Neist üks peamisi on konkreetse kvaliteetse teenuse saamiseks vajaliku investeeringu kogumaht, mis on väga erinev näiteks psüühikahäirega isikule ajutise varjupaiga andmisel ja/või sama isiku akuutsest psühhoosist väljatoomisel ning rehabiliteerimisel. Teisiti öeldes, selleks, et teatud teenuseid üldse saada, on vaja teha pikaajalisi ja mahukaid investeeringuid. Neid investeeringuid saaks põhimõtteliselt teha ka inimestele sularaha kätteandmise (või kättejätmise) ja nõ turu tingimustes, aga siis peaks see turg olema küll väga suur.

Mis juhtuks näiteks Eesti tervishoiusüsteemiga või missugust arstiabi oleks Eestis üldse võimalik saada, kui ühel päeval lõpetada riikliku ravikindlustussüsteemi tegevus ja minna USA eeskujul üle vabatahtlikule tervisekindlustusele? Arstiabi pole aga kaugeltki ainus pikaajalisi ja mahukaid investeeringuid nõudev heaolusektor.

Teise sularaha ja/või tasuta teenuste vahelisele valikule nõudeid sätestava momendina võiks märkida inimeste oluliselt erinevaid võimalusi, oskusi ja suutlikkust kättesaadud sularaha kasutamisel.

Näiteks teatud gruppi kuuluvuse alusel antava rahalise toetuse (näiteks ühetaoline toetus kõigile lastele) tähendus, otstarve ja tulemus võib olla põhimõtteliselt erinev sõltuvalt sellest, kas laps elab jõukas või vaeses perekonnas. Vaeses peres elava lapse toetus läheb sisuliselt ellujäämiseks, jõukas peres elava lapse toetus jõukuse suurendamiseks, eriti ilmekalt juhul kui saadav toetus panna pankas intresse kandma. Analoogselt on probleeme ka minimaalset sissetulekut tagavate toetustega, sest inimeste vajadused ja toimetulekuoskused on paraku oluliselt erinevad. Nii esimese kui teise näite puhul on

seega vähemalt teatud hulk inimesi, kellele ainult toetustest ei piisa ning kellele ilmselt on lisaks vaja täiendavaid tasuta teenuseid.

Kuigi ka ühe konkreetse elanikkonna grupi sees ja/või selle heaks eraldatud raha saab kasutada erineval viisil ja erinevate printsiipide alusel, võib kaasaja üldise juhtiva suundumusena välja tuua püüdluse – teha sama eest rohkem (inglise keeles: *to do more for the same*). Niisugusel püüdlusel on kaks omavahel seotud aspekti ja/või eesmärki:

- aidata võimalikult paljusid konkreetsesse gruppi kuuluvaid inimesi
- anda konkreetsele inimesele võimalikult kvaliteetne teenus

Kui konkreetsele elanikkonna grupile eraldatud raha maht ei muutu, jääb mõlema eesmärgi saavutamiseks alles kolm põhimõttelist tegevussuunda:

- vähendada kallite teenuste osakaalu
- kujundada rohkem väiksemamahulisi teenuseid
- hinnata võimalikult täpselt inimeste vajadusi

Sotsiaalpoliitiliste eelistuste rakendamine

Moto: Mis on lubatud Jupiterile, pole lubatud härjale

Me elame suhtelises maailmas ja selles on tõesti palju asju, nähtusi, võimalusi jms., mis väga suures osas sõltuvad ennekõike sellest, kes, missuguse taustsüsteemi suhtes ja mis eesmärgil asju või nähtusi vaatab ning tõlgendab. Demokraatlikus ühiskonnas on inimeste mõtlemise ja enamasti ka rääkimise vabadusaste reeglina suur. Oluliselt piiratumad on aga võimalused praktiliste tegevuste osas.

Kõige kaalukama piirangu asetavad meie tegevusvabadusele rahvusvaheliselt aktsepteeritud suhtumised, normid ja tõekspidamised. Paljudel juhtudel on osutatud normid sätestatud erinevates, ennekõike Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni (ÜRO) ja Euroopa Nõukogu (EN) poolt heaks kiidetud dokumentides. Tõsi küll, nimetatud organisatsioonide dokumendid on oma sisult ja vormilt erineva konkreetsuse ja kategoorilisuse astmega, erinevad on ka sanktsioonid üht või teist tüüpi normide vastu patustajate suhtes.

On norme ja sündmusi, näiteks sõjaline agressioon, rahvusvaheline terrorism või ohtlike epideemiate puhangud, mille rikkujate suhtes või mille ilmnemisel rahvusvahelised organisatsioonid reageerivad reeglina väga kiiresti ja resoluutselt. Analoogselt on ka norme ja sündmusi, mille suhtes reageerimine võib võtta aastaid, näiteks inimõiguste rikkumine mõnes riigis, laste, eakate või puuetega inimeste väärkohtlemine, suhtumine vähemustesse jms. Seepärast ei too ka rahvusvahelistele normidele mittevastav suhtumine erivajadustega inimestesse konkreetse riigi suhtes koheselt kaasa niisuguseid sanktsioone ja/või tegevusi, mis kaasnesid näiteks Nõukogude Liidu tegevusega Afganistani sõjas, Iraagi tegevusega Kuveidi okupeerimisel või ebola viiruse levikuga.

Varem või hiljem sunnib rahvusvaheline surve konkreetseid riike siiski täitma ka nõ. humanitaarküsimuste valdkonda kuuluvaid "pehmemaid" norme ja/või standardeid. Oluline roll on seejuures ÜRO-st ja EN-st vähem jõulistel organisatsioonidel nagu näiteks ülemaailmsed erialaorganisatsioonid, teatud konkreetsetele eesmärkidele pühendunud rahvusvahelised kodanike ühendused, ÜRO allorganisatsioonid jms. Nende ühenduste ja organisatsioonide peamiseks ressursiks ning meetodiks on ennekõike järjepidev ja sihikindel tegevus teatud probleemide ja nendesse sekkumise vajaduse teadvustamisel. Nõ. suurte kategooriasse kuuluvad sündmused võivad vastavasisuliselt tegevust seejuures soodustada.

Näiteks juhtis Ülemaailmne Psühhiaatriaassotsiatsioon paljude aastate jooksul rahvusvahelise üldsuse tähelepanu psühhiaatria kuritarvitamisele poliitilistel eesmärkidel Nõukogude Liidus ja selle satelliitriikides. Märkimisväärsete tulemusteni jõuti nimetatud

protestiga aga alles Afganistani sõja ajal, mil rahvusvahelisele üldsusele sai teatavaks, et Nõukogude Liidus pandi vangi psühhiaater, kes keeldus diagnoosimast skisofreeniat sõjaväelasel, kes omakorda oli keeldunud andmast käsku tsiviilelanike tapmiseks. Selle konkreetse sündmuse ajendil moodustati rahvusvaheline ühendus nii konkreetse psühhiaatri kaitseks (päästmiseks) kui võitlemiseks psühhiaatria kuritarvitamise vastu. Kõnealuse ühenduse tegevuse ühe tulemusena toimusid 90-date aastate alguses mitmed lääneriikide juhtivate psühhiaatrite nõ. kontrollvisiidid Nõukogude Liidu psühhiaatria haiglatesse, mis omakorda tõid välja hulganisti konkreetsele riigile ebamugavaid ja lahendamist vajavaid probleeme.

Antud konkreetne sündmus on toodud küll Nõukogude Liidust, aga peab märkima, et teatud kõrvalekaldeid rahvusvaheliselt tunnustatud normidest võib vähemal või rohkemal määral tegelikult täheldada enamuses maailma riikides ja/või regioonides. Analoogselt inimeste erinevustega norm-keskmistest, on ka rahvusvaheliste normide puhul teatud kõrvalekalded lubatud ja talutavad. Analoogselt on ka hälbeid, mida üldiselt peetakse lubamatuks ja kõrvalist sekkumist vajavaks, nii nagu see avaldus eeltoodud psühhiaatria kuritarvitamise näite puhul.

Konkreetsete riikide suhtumine psüühilise erivajadusega inimestesse, nende olukord, kohtlemine ja psüühilise erivajadusega inimestele arendatud teenuste süsteemid ning vastavad standardid on üks valdkondi, mille suhtes rahvusvaheline üldsus on võrreldes paljude teiste eluvaldkondade ja/või spetsiifiliste gruppidega suhteliselt tundlik. Üsna edukalt töötab selles osas näiteks Euroopa Nõukogu juures tegutsev Piinamise ja Ebainimliku Kohtlemise Vastu Võitlemise Komitee (inglisekeelse lühendina CPT).

Nimetatud komitee kontrolldelegatsioon on Eesti EN liikmeks astumisest alates teinud Eestisse mitmeid visiite eesmärgiga külastada asutusi, kus inimesi kinni peetakse (st kus viibivad isikud, kellelt on teatud ajaks võetud õigus vabalt liikuda). Niisugusteks asutusteks on näiteks vanglad ja arestimajad, aga ka teatud haiglad, hoolekande- ja haridusasutused või mõned nende struktuuriüksused.

Esmakordselt külastas CPT kontrolldelegatsioon psüühikahäirega inimestele mõeldud hoolekande- ja raviasutusi 1997.aastal. Eesti Vabariigi Valitsusele esitatud kontrollviisi eetikandes tegi delegatsioon mitmeid ettekirjutusi asutustes kinni peetavate psüühikahäirega inimeste põhiõiguste ja vabaduste realiseerimisvõimaluste, personalipoolse kohtlemise, elu- ja olmetingimuste, meditsiinilise teenindamise jms kohta.

Korduva visiidi tervishoiu- ja hoolekandeaasutustesse tegi CPT kontrolldelegatsioon 1999.aasta lõpul. Ka selle järgselt esitati Vabariigi Valitsusele raport, milles juhiti tähelepanu mõningatele ebakohtadele, kuid võrreldes esimese kontrollkäiguga oli märkusi tunduvalt väiksem arv ning nad olid olemuselt rohkem detailidesse kui põhimõtetele süüvivad.

Psüühikahäired ja nende klassifitseerimine

Moto: *Oleks ainult inimene, küll me paragrahvi leiame*

Psüühikahäirete meditsiinilise käsitlemise ja meditsiiniliste sekkumiste aluseks on Rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon (RHK-10), milles klassifitseerimise alusena kasutatakse mõistet **psüühikahäire**, aga mitte **psüühikahaigus** ennekõike seepärast, et enamus psüühilistest haigustest ei ole tänapäeval määratletavad ajuhaigustena (nt skisofreenia) või ei sõltu niivõrd ajupatoloogiast, kuivõrd omandatud psühholoogilistest mehhanismidest (nt sotsiaalfobia).

Erandi moodustavad selles mõttes ainult orgaanilised ja psühhoaktiivsetest ainetest tingitud psüühikahäired ning ka vaimne alareng, kus lisaks sündroomile (häirele) on võimalik määrata ka põhjuslik tegur.

Psüühikahäire (*mental disorder*) viitab teatud raskuse ja eripäraga hälvete esinemisele aju psüühilistes funktsioonides, mis põhjustavad subjektiivseid vaevusi (nt. hirmutunne) või halvendavad muul viisil kohanemist reaalsusega (nt hallutsinatsioonid). Suvaline muutus psüühilises funktsioonis ei ole veel käsitletav häirena. Mõiste psüühikahäire väljendab seega eelkõige aju funktsionaalset seisundit ja ei viita alati konkreetsetele põhjustele ega ka võimalike haiguslike muutuste iseloomule ajus. Tulenevalt sellest kattub mõiste **häire** olulisel määral mõistega **sündroom**.

RHK-10-s on iga psüühikahäire tähistatud tähe F ja kuni neljakohalise numbriga (koodiga). Häired on jaotatud kümnesse suuremasse gruppi ja koodi esimene number osutab vastavale häirete grupile. Järgnevas tabelis on psüühikahäiretest toodud ülevaade üldiste gruppide alusel.

	Häirete klass	Näiteid
F0	Orgaanilised psüühikahäired	dementsus, delirium, orgaaniline isiksushäire jt
F1	Psühhoaktiivsetest ainetest tingitud psüühikahäired	intoksikatsioon, kuritavimine, sõltuvus jt
F2	Psühhoatilised häired	skisofreenia, püsivad luululised häired, äge mööduv psühhoatiline episood
F3	Meeleluhäired	episoodiline või korduv depressioon, tsüklotüümia

F4	Ärevushäired, dissotsiatiivsed häired, somatoformsed häired	foobiad, paanika-, kohanemis- jms häired, äge stressreaktsioon, somatisatsioonihäire, hüpohondria
F5	Söömishäired, unehäired, seksuaaldüsfunksioonid	<i>anorexia</i> ja <i>bulimia nervosa</i> , insomnia, hüpersomnia, somnambulism, alanenud libiido, rahulduseta suguühe
F6	Isiksushäired, muud käitumishäired	nt paranooidsus, düssotsiaalsus, ebastabiilsus, patoloogiline hasartmängurlus, kleptomaania
F7	Vaimne alaareng	kerge, mõõdukas, raske ja sügav vaimne alaareng (käitumishäireta või käitumishäirega)
F8	Psüühilise arengu spetsiifilised häired	kõne ja keele spetsiifilised arenguhäired, õpivilumuste spetsiifilised häired (lugemishäire, arvutamisvilumuste häire), pervasiivsed arenguhäired (autism)
F9	Psüühikahäired lapse- ja noorukieas	hüperkineetiline häire, käitumishäire, tundeeluhäired (lahutamiskartus, rivaalsushäire), suhtlemishäired (valikuline mutism, kiindumishäire)

Orgaaniliste psüühikahäirete ühiseks aluseks on kindlalt diagnoositav peajuhaigus (nt entsefaliit), -kahjustus (aju traumast või ajuhaigusest) või muu -häire, mille tagajärjeks on aju düsfunktsioon. Näiteks Alzheimeri tõbi on progresseeruv ajuhaigus, mille korral tekib närvirakkude hävimine ja kognitiivsete funktsioonide halvenemine kuni dementsuseni välja.

Psühhoaktiivsetest ainetest tingitud psüühikahäire korral on häired põhjustatud sõltuvust tekitava aine tarvitamisest (alkohol, kannabinodid, opiaadid, kokaiin, amfetamiin, hallutsinogeenid jms). Kui kõrvale jätta sõltuvussündroom ja võõrutussündroom, siis enamus sündroome on sarnased orgaaniliste psüühikahäiretele.

Mitteorgaaniline psüühikahäire laiemas kontekstis tähistab seda, et haiguse patoloogia aju funktsioneerimise tasandil kas:

- ei ole veel täpselt teada (nt skisofreenia)
- on tingitud psühholoogilistest mehhanismidest (nt sotsiaalloobia, lihtfoobia)
- või on häire nii bioloogiliste kui ka psühholoogiliste tegurite koosmõju tulemus

Mitteorgaaniliste häirete all võib käsitleda psühhootilisi-, meeleolu-, ärevus-, söömis-, une- ja muid häireid.

Psühhootiliste häirete (nt skisofreenia, püsivad luululised häired, äge mööduv psühhootiline episood, skisoafektiivne häire) korral on tegemist inimese võimetusega eristada reaalsust subjektiivsetest elamustest (nt luulu, hallutsinatsioonide ja muude raskete hälvete tõttu), mistõttu häiritud reaalistaju alusel luuakse uus, ebareaalne maailm. Tüüpilisemad psühhootilised sümptomid on hallutsinatsioonid, luulumõtted, katatoonne rahutus või stuupor; vahel on ka väljendunud illusoorseid meelepetted või muud psühhootilise tähendusega tunnetusprotsessi häired.

Psühhootiliste häirete korral esinevaid sümptome võib jagada kahte gruppi: positiivsed ja negatiivsed. Negatiivsed sümptomid väljendavad psüühiliste funktsioonide alanemist või

kadumist, näiteks emotsioonide kadumine e. apaatia või nõrgenenud siseajet tegutsemiseks ja mõtlemiseks e. abulia. Skisofreenia algstaadiumis domineerivad positiivsed e. tüüpilised psühhootilised sümptomid ja kaugele arenenud haigusstaadiumis negatiivsed sümptomid: aktiivsuse alanemine, passiivsus ja initsiatiivi puudumine, kõne sisu ja sõnavara vaesumine, emotsionaalsete reaktsioonide nõrgenemine või inadekvaatsus, millest sugeneb tavaliselt sotsiaalne isoleerumine, puudulik välimuse eest hoolitsemine ja sotsiaalse aktiivsuse alanemine.

Meeleoluhäirete (bipolaarne häire, episoodiline või korduv depressioon, tsüklotüümia, düstüümia) korral on põhiliseks tunnuseks meeleolu muutus kas alanemise (depressiooni) või tõusu (mania) suunas koos sellega kaasneva aktiivsuse üldise taseme muutusega.

Neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed psüühikahäired võib jagada kolme gruppi: ärevus-, dissotsiativsed ja somatoformsed häired. Sellest grupist kõige sagedasemad on ärevushäired.

- Ärevushäirete korral on kesketeks subjektiivselt või muul viisil inimest häirivad ärevuse psüühilised ja kehalised sümptomid (seesmine rahutus, võimetus lõõgastuda, pingetunne, kergesti ehmumine tühistel põhjustel, kõrge erutuvus ja ärrituvus, hirm kaotada kontroll enese üle või "minna hulluks" või "peast segi", surmahirm, südame kloppimine, higistamine, värisemine, vappumine, suukuivus, hingamisraskused, valud või düskomforditunne rindkeres, iiveldustunne või ebameeldiv tunne kõhus, lihaspinge ja lihaspingega seotud valud, kuumad ja külmad hood, tuimusetunne või surinad, tükitunne kurgus, neelamisraskused, insomnia tüüpi unehäired jms)
- Dissotsiativsete häirete ühiseks jooneks on osaline või täielik normaalse integratsiooni hävimine mälu, identitsuse ja vahetute aistingute ning liigutuste kontrolli vahel
- Somatoformsetele häiretele on iseloomulikud püsivad somaatilised sümptomid, mille puhul, vaatamata korduva uurimisele, ei leita orgaanilist alust ning patsiendid pöörduvad jätkuvalt oma kaebustega arstlikule uuringule

Füsioloogiliste funktsioonide häirete ja füüsiliste e. somaatiliste teguritega seotud käitumissündroomid sisaldavad söömishäireid (anoreksia ja bulimia nervosa), unehäireid (nt insomnia) ja seksuaaldüsfunksioone.

Täiskasvanu isiksus- ja käitumishäirete alla kuuluvad kliinilise tähendusega seisundid ja väärkohastumuslikud käitumismustrid, mis on püsivad ning väljendavad inimese iseloomulikku elustiili ja enese ning teistega suhtlemise viisi.

Vaimne alaareng on seotud sünnipäraselt madala kognitiivse funktsiooni (eelkõige intellekti) tasemega. Psühholoogilise arengu häirete e. psüühilise arengu spetsiifiliste häirete korral on tegemist teatud kindlate funktsioonide madala taseme (nt spetsiifiline lugemishäire) või eripäraga (nt autism või Aspergeri sündroom).

Lapse või nooruki muud käitumis- ja tundealused häired hõlmab häireid, mis algavad lapse või noorukieas ja sageli ka mööduvad või transmorfeeruvad muudeks psüühikahäireteks hilisemas eas. Näiteks lahutamiskartus lapseas, mis kas möödub või selle alusel kujuneb välja sõltuvattüüpi isiksushäire.

Psüühikahäirete esinemissagedust teatud konkreetsetes populatsioonides väljendatakse enamasti teatud arvuliste näitajatega. Siiski tuleks ainult arvude alusel väljendatavasse

statistikasse suhtuda mõningase ettevaatusega, sest vastavasisuline (arvuline) statistika on tugevas positiivses korrelatsioonis arstiabi ja selle üldise korralduse kvaliteediga. Eriti oluline on selle arvestamine erinevate populatsioonide omavahelisel võrdlemisel.

Näiteks oli nõukogudeaegses Eestis statistiliste andmete alusel isegi kaks ja enam korda rohkem skisofreeniahaigeid kui mõnes Kesk-Aasia vabariigis. Siiski ei tähendanud see, et skisofreenia oleks olnud Eesti rahvuslik haigus. Peamine põhjus oli ikkagi suure riigi eri regioonide arstiabi erinevas kvaliteedis. Samal ajal, Eesti tervishoiusüsteemi arengule tuli suur haigestumuse näitaja muidugi kasuks, sest see võimaldas Moskvast täiendavaid ressursse taotleda.

Siiski, ilma arvuliste näitajateta hakkama ei saa ja psüühikahäirete esinemissageduse illustreerimiseks Eestis on allpool toodud riikliku statistika andmed ambulatoorsete psühhiaatriliste patsientide arvust Eestis 1999. aastal.

RHK-10 kood	Kokku	üldarv				esmakordseid			
		lapsed		noorukid ja täiskasvanud		lapsed		noorukid ja täiskasvanud	
		M	N	M	N	M	N	M	N
F00-09	8260	173	78	3535	4474	86	39	850	1141
F10-19	10304	48	9	8827	1420	38	6	3503	607
F20-29	10753	32	15	4183	6523	7	4	207	323
F30-39	11068	126	88	2590	8264	77	58	959	2771
F40-49	13044	645	476	3159	8764	406	297	1515	4114
F50-59	1758	75	68	771	844	48	43	115	223
F60-69	1092	3	3	638	448	1	0	195	99
F70-79	3965	816	454	1597	1098	293	183	243	124
F80-89	3887	2403	1151	244	89	1232	545	90	38
F90-98	2935	1770	739	259	167	981	428	146	87
F00-98	67066	6091	3081	25803	32091	3169	1603	7823	9527

Nagu näha, on statistiliselt teistest märkimisväärselt rohkem esindatud RHK viis esimest gruppi, aga sellest ei tulene iseenesest, et kõik need ja just need viis gruppi peaksid olema näiteks hoolekande prioriteetseteks sihtgruppideks. Eri tüüpi psüühikahäiretega inimeste abistamiseks on erinevatel sektoritel põhimõtteliselt erinevad võimalused ja näiteks F3 ja F4 gruppi kuuluvate psüühikahäiretega inimeste abistamisel on suurimad võimalused psühhiaatrilisel arstiabil.

Psühhiaatrilise arstiabi ja hoolekande ühise ning peamise sihtgruppi moodustavad ennekõike teatud arengustaadiumini jõudnud F0, F1, F2 ja F7 gruppi kuuluvate psüühikahäiretega inimesed. Neist ennekõike F0 ja F7 ja seda eriti laste ning noorte puhul on väga oluline, et mitte öelda - keskne koht (eri)pedagoogikal.

Psüühikahäireid saab liigitada ka lähtuvalt valdavalt mittepõhjuslikust avaldumisest ja mittereditsiinilise sekkumise laadist, nõ pedagoogilis-psühholoogiliselt. Püüdes õpetada erivajadusega inimestele uusi oskusi, tehakse kindlaks nende seniste oskuste tase ning püütakse siis leida sobiv viis kujundada sel pinnal uusi oskusi või arendada neid olemasoleval pinnal edasi. Klassifitseerimisel eristatakse siingi nähtuse olemust ja püsivust, eristades puuet kui funktsiooni täielikku kadu, hälvet kui funktsiooni osalist kadu ja häiret kui ajutist muutust funktsioonis. Neuroos on põhimõtteliselt ajutine, traumast võib tekkida ajutisi mälu jt psüühika funktsioonide häireid, kuid võib tekkida ka püsivaid keskendumisraskusi jm.

Nähtuse põhjustest tingitult eristatakse sünnipäraseid ja omandatud, kusjuures sünnipärasteks loetakse erivajadusi, mis on tekkinud enne kolmandat sünnipäeva, mil areneb välja suuline kõne. Sünnipärase vaimse alaarenguga isikud õpivad jõudumööda seda, mida neile õpetatakse, on kergesti mõjutatavad, samas väga piiratud võimega abstraktseks mõtlemiseks. Elu jooksul omandatud vaimse taseme languse ehk dementsusega isik unustab üha rohkem, desorienteerub ajas ja ruumis, kaotab teiste psüühika funktsioonide kvaliteedis ja võib omandada uusi ümbrusele ebasoodsaid käitumisjooni.

Avaldumise laadilt eristatakse keha, kõne- ja kognitiivseid puudeid, õpiraskusi, ning emotsionaalseid ja käitumishälbeid. Paljudel meditsiinilises mõttes raske psüühikahäirega inimestel esineb kombinatsioon mitmest puudest ehk liitpuue. Raske psüühikahäire korral kasvab tõenäosus, et inimene võib olla ohtlik iseendale või teistele.

Erialatehnoloogiline baasmudel

Moto: *Kui kõht täis ja katus pea kohal, paistab päike ka heledamalt*

Psüühilise erivajadusega inimestele orienteeritud teenuste süsteemide kujundamisel on maailma eri riikides erinevatel aegadel kasutatud erinevaid erialatehnoloogilisi mudeleid. Siiski on täheldatavad teatud üldised printsiibid ja lähenemised, mis on olnud süsteemide kujundamise aluseks. Ennekõike võiks siinkohal välja tuua kõigi kodanike võrdväärsuse ja võrdõiguslikkuse printsiibi, mille järjepidev väärtustamine ja rakendamine on viimastel aastakümnetel olnud mitmete psüühilise erivajadusega inimeste teenuste süsteemi põhjapanevate muutuste initsiaatoriks.

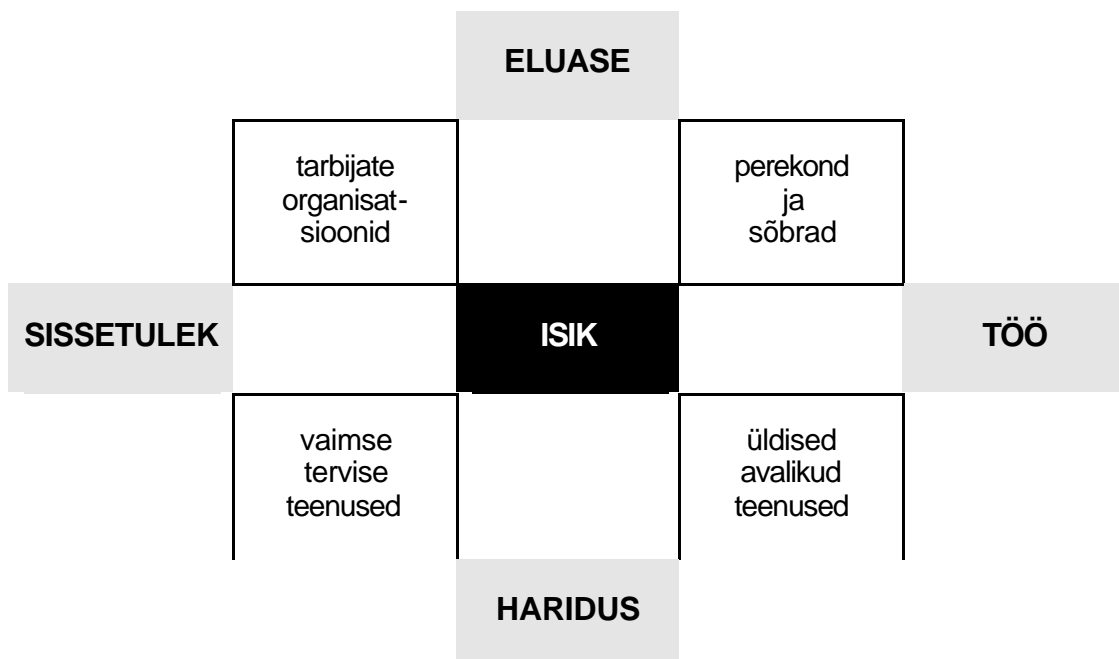
Veel 1960-ndatel aastatel olid ka lääneriikides psüühilise erivajadusega inimeste peamisteks teenusteks ravimine haiglas ja hooldamine vähem või rohkem suletud asutuses (institutsioonis). Samal ajal hakkas üha enam levima normaliseerimisidee, mille alusel iga inimene peab saama nii kaua kui vähegi võimalik elada maksimaalselt normaalses (tavapärastes) tingimustes. Normaliseerimisidee leviku loogilise jätkuna algas deinstitutionaliseerimine, mis tähendas teenuste järk-järgulist väljatoomist suurtest suletud režiimiga hooldusasutustest ja lõppeks nende sulgemist. Need muudatused tõid murrangu ka erialatehnoloogiasse.

Peamiste muutustena võiks käesolevas kontekstis välja tuua järgmised:

- *Vastutuse jaotamine* (osalemise tähenduses) seisnes ennekõike ravi- ja hooldusasutustele pandud vastutuse vähendamises ning selle delegeerimises inimesele enesele ja tema lähikondsetele (kaasamine), samuti teenuse osutamist korraldavate institutsioonide vastutuse selgemas eristamises
- *Ravi ja rehabilitatsiooni kiire areng* ennekõike uute ja efektiivsete ravimite, raviskeemide ja -meetodite kasutuselevõtmise ning rehabilitatsiooni ideoloogia ja -tehnoloogia väljatöötamise ning uute rehabilitatsiooni mudelite rakendamise baasil
- *Teenuste kohandamine* inimeste vajadustele suurte, mahukate ja kulukate teenuste väiksemateks üksikosadeks lahutamise ja nendest inimese vajadustele vastava tervikliku teenuste paketi koostamise kaudu
- *Dubleerimise vähendamine* spetsiifilisi teenuseid osutavate asutuste ja institutsioonide funktsioonide täpsustamise ning psüühiliste erivajadustega inimeste maksimaalse seostamise kaudu üldiste avalike teenustega

Ilmselt ei ole raske märgata, et kõik need muutused teenisid tegelikult ka inimeste ja kogu inimressursi vääriskama ja efektiivsema kasutamise ning majandusliku efektiivsuse eesmärke. Majanduslikku efektiivsust ei tohiks antud kontekstis siiski ühekülgselt üle tähtsustada, sest peamine on ikkagi sotsiaalne efekt.

Üks maailma tunnustatumaid psüühilise erivajadusega inimeste hoolekandesüsteemide alusmudelitest võeti 1990-ndate aastate alguses kasutusele Kanadas. Mõningaste modifikatsioonidega on analoogne mudel kasutusele võetud paljudes teisteski arenenud riikides ja sobib oma põhiolemuselt ilmselt ka Eesti oludes. Tervikuna sisaldab Kanada mudel erinevaid baasilisi elemente, mida inimesed, sõltumata nende seisundist ja/või eripärast vajavad ühiskonnas täisväärtusliku elu elamiseks. Lisaks paljudele teistele väärtustele, võib sellest mudelist olla abi funktsioonide ja vastutuse jaotusel erinevate sotsiaalsete institutsioonide, sh. üksikisiku, riigi ja kohaliku omavalitsuse vahel.



Peamine printsiip, mida toodud mudeli rakendamisel järgitakse, seisneb selles, et nii palju kui vähegi võimalik, peavad psüühilise erivajadusega inimeste probleemid olema ja saama lahendatud nõ. üldiste avalike, kõigile inimestele mõeldud teenuste süsteemide kaudu ja spetsialiseerunud teenused rakenduvad ainult ja alles siis, kui üldistest avalikest teenustest konkreetse inimese jaoks ei piisa.

Sisuliselt tähendab see, et kui psüühilise erivajadusega inimesel ei ole näiteks tööd, on töö otsimise ja inimese abistamise esmaseks ja peamiseks kohaks konkreetses riigis tööturuteenuseid osutav asutus või institutsioon. Kui inimene ei saa vastava asutuse või institutsiooni kasutamisega mingil põhjusel hakkama, siis esimene abi, mida inimene saab, on abi ikka sellesama üldise teenuse kasutamiseks. Kui ka sellest ei piisa, on võimalik ja vajalik teatud spetsiifilise abi osutamine, aga ka selle abi peamiseks sisuks ja

eesmärgiks on inimese maksimaalne toetamine ja/või ettevalmistamine selleks, et ta saaks ja suudaks üldiseid tööturuteenuseid kasutada. Alles siis, kui ka see ei osutu kuidagi võimalikuks, on põhjust suunata inimene teatud spetsiifilisele, antud grupile osutatavale teenusele.

Analoogselt, kui inimesel on probleeme näiteks eluaseme või hariduse saamisega, on ka nende probleemide esmaseks ja peamiseks lahendajaks ennekõike need institutsioonid, kellele vastavasisuliste probleemide lahendamine antud konkreetses riigis seadusega on pandud.

Erialased sekkumised

Moto: *Ühe lõpp on teise algus*

Erialast tegevust psüühikahäire ja/või psüühilise erivajadusega inimeste abistamisel ning nende probleemide lahendamisel võib klassifitseerida ja/või liigendada mitmel erineval moel. Eelistatuimaks võiks siiski pidada tulemuskeskset lähenemist tegevustele ja/või funktsioonidele. Ennekõike tähendab see, et mistahes erialase tegevuse puhul peab olema võimalik määratleda vastava tegevuse oodatav ja/või tegelik lõpptulemus, kusjuures see tulemus peab olema formaliseeritav.

Erinevatest erialastest tegevustest psüühikahäirega inimeste abistamisel tõusevad kandvamate ja/või kaalukamatena esile kolm:

- Ravimine, mille tulemusena inimene terveneb kas täielikult või osaliselt, st teatud piirides
- Rehabilitatsioon, mille tulemusena arendatakse välja inimese jääkvõimed ning kujundatakse vajalikud toetussüsteemid
- Toetamine, mille tulemusena inimese seisund ja/või toimetulek püsib põhijoontes stabiilsena

Nimetatud kolm tegevust on omavahel vastastikusel dünaamilises seoses, mistõttu nad esinevad (peaksid esinema) nii samaaegselt kui järgnevalt.

- Samaaegsus tähendab ennekõike seda, et inimest ravides peab alati arvestama võimalusega, et inimest ei õnnestu päris terveks ravida, mistõttu ta võib ravile järgnevalt vajada kas rehabilitatsioonist või rehabilitatsioonist koos sellele järgneva toetusega
- Järgnevus tähendab, et domineerivad tegevused järgnevad protsessuaalselt üksteisele: erialase sekkumise algetapil domineerib ravimine, seejärel ravimise osakaal väheneb ja suureneb rehabilitatsioonist taastumise tähtsus ning lõppeks on peamine toetamine.

Eespooltoodud kolm tegevust on baasilised nende inimeste puhul, kelle seisundi juhtivaks tunnuseks on nõrge haigusliku iseloomu ja kulgemisega psüühikahäire. Lisaks neile on suur hulk inimesi, kelle psüühikahäire väljendub ennekõike vaimse arengu mahajäämuses. Vaimse arengu mahajäämusega inimeste puhul on esmaseks juhtivaks erialaseks tegevuseks õpetamine, mis sõltuvalt inimese seisundist vähemal või rohkemal määral võib eneses sisaldada ravimise ning rehabilitatsioonist taastumise elemente. Järgnevalt käsitleme peamisi erialaseid sekkumisi ja nende omavahelisi seoseid veidi lähemalt.

Ravimine

Igapäevaelus kasutatakse mõisteid tervis, haigus ja ravimine sageli niisuguses seoses, et haiguse ravimise kaudu saab inimene terveks. Põhimõtteliselt on ka see (vähemalt teatud piires) võimalik, aga Maailma Tervishoiuorganisatsiooni nn suunanäitajana kasutusel olevate mõistete süsteemis on tervis midagi enam kui lihtsalt haigusest, valust ja varajasest surmast vaba olemine. Maailma Tervishoiuorganisatsiooni soovitude kohaselt:

- tähendab tervis inimese optimaalset füüsilist, psüühilist ja sotsiaalset talitust ning heaolu
- on ravimine arstlik tegevus haige inimese tervise taastamiseks ja/või vaevuste vähendamiseks

Niisugusest lähenemisest tulenevalt on ka inimeste tervise tagamisel ja terveks olemisel arstlikust ravitegevusest märksa olulisemaid tegureid ning erinevate seisukohtade järgi saab arstiabi ja ravimise osatähtsus inimese tervise tagamisel olla 15-20%, mitte rohkem. Ülejäänud, st olulisemad tegurid tervise tagamisel on näiteks inimese elulaad, käitumisharjumused, majanduslik olukord, sotsiaalne- ja füüsilis-keemilis-bioloogiline keskkond jms.

Ravirotsessi iseloomustavad järgmised faasid:

- raviprobleemi teadvustamine
näiteks kõhuvalu ilmnemisel mõistab inimene, et valust vabanemiseks tuleb tal arsti juurde minna
- diagnoosimine
info kogumine (küsitlemise ja erinevate uuringute teel) ja töötlemine (analüüsimine) arsti poolt. Selle tegevuse tulemusel langetab arst otsuse (ehk diagnoosib), et tegemist on näiteks kaksteistsõrmiksoole haavandist tingitud kõhuvaluga
- raviplaani koostamine
erinevate lahendusvariantide otsimine ja võrdlemine. Näiteks on kaksteistsõrmiksoole haavanditõbe võimalik ravida konservatiivsete (ehk kudesid säilitavate) meetoditega (näiteks võtta sisse tablette) või kirurgiliste (ehk kudesid vigastavate) meetoditega (näiteks teostada kõhuõõne avamine ja haavandunud kudede eemaldamine). Samuti tuleb arstil kaaluda, millist konkreetset tabletti anda või millist operatsioonitehnikat rakendada. Raviplaani koostamine lõpeb otsuse tegemisega ravimeetodi ja -vahendite kohta
- raviplaani täideviimine ja hindamine
näiteks haigele antakse eelmises etapis välja valitud tabletid sissevõtmiseks või sooritatakse kaksteistsõrmiksoole plastika Holle meetodil. Peale tegevuse sooritamist hinnatakse saavutatud raviefekti - kas haige raviti rakendatud võtetega terveks (tema tervis taastati) või vähendati vaevusi (tervise täielik taastamine ei õnnestunud, kuid vähendati vaevusi ja kõht enam ei valuta).

Ravimise võimalik tulemus sõltub väga paljudest teguritest, sh konkreetse inimese üldisest psühho-somaatilis-emotsionaalsest seisundist ja tema tervishäire iseloomust. Seepärast võib ka näiteks sisuliselt ühesugune arstlik tegevus erinevate inimeste

ravimisel anda üsna erinevaid tulemusi ja/või võib sama tulemuseni jõudmine nõuda erineval määral aega.

Õpetamine

Õpetamine ja õppimine on omavahel dünaamiliselt seotud. Tulemuskeskselt lähenedes on õpetamise eesmärgiks kas:

- uute oskuste kujunemine või
- olemasolevate oskuste ümberkujunemine

Õeldakse ka, et õpetamine on sihipärane tegevus ennekõike selles tähenduses, et see, kes õpetab, teab, et ta seda teeb. Samal ajal võib juhtuda ka nii, et uusi oskusi ei kujune, vaatamata sellele, et õpetatakse ja et inimene õpib ka ilma õpetamata, st ümbritsevast keskkonnast, meediast, isiklikest kogemustest jms.

Oskused, mida õpetatakse, rajanevad omakorda teadmiste, kujutluste, hoiakute ja emotsioonidele. Ka neid saab õpetada, samas on mõnda neist raske ümber kujundada. Õpetamine eeldab õpetatava ehk selle, kellele õpetatakse, huvi omandada uusi oskusi. Vastava huvi puudumisel tuleb see tekitada, mistõttu uute oskuste omandamise huvi tekitamine on käsitletav osana õpetamisest.

Kognitiivse puudega inimesele tuleb õpetada palju sedagi, mida puudeta inimesed on omandanud iseseisvalt, ilma igasuguse õpetamiseta, näiteks lihtsa vaatluse, katse ja eksituse või eeskuju jälgimise (ja matkimise) teel.

- sünnipärase puudega inimese korral tähendab see, et õpetada on vaja praktiliselt kõike "alates algusest"
- hilistekkelise puude korral tuleb tegelda peamiselt nende funktsioonidega, mis on saanud kannatada, taandarenevad vms

Kognitiivne puue võib muuhulgas tähendada vähenenud uudishimu ehk nappi loomulikku õpimotivatsiooni. Seetõttu tuleb vaimupuudega inimesi uute oskuste õpetamisel puudeta inimestest oluliselt rohkem motiveerida, näiteks lõbustamise ja eriviisilise tunnustamise abil.

Õpetamist ja/või selle elemente kasutatakse nõuosa- või toetava tegevusena väga sageli ka ravimise, rehabiliteerimise ja toetamise puhul. Näiteks võib olla vaja õpetada inimest elama nõu kroonilise haigusega, jälgima ja hindama oma seisundi muutumist, kasutama tehnilisi abivahendeid jms.

Rehabiliteerimine

Inglise keelsele mõistele *rehabilitation* on eesti keeles kasutusel kaks vastet - rehabiliteerimine ja rehabilitatsioon - mis erinevad oma sisult ja tähenduselt.

- rehabiliteerimine tähistab (tähendab) tegevust või protsessi
- rehabilitatsioon selle tulemust, soovitud (kokkulepitud) eesmärgi saavutamist.

Analoogiliselt rehabiliteerimisega on näiteks ravimise tulemuseks tervenemine, sümptomite vähenemine või kadumine ja õppimise tulemuseks teadmised, oskused, haritus. Rehabiliteerimist kui konkreetset tulemuskeskset tegevust kaldutakse mõnikord samastama nõo rehabilitatsioonile orienteeritud hoiakuga (lähenemisega) erialases tegevuses ja/või ei eristata instrumentaalset tasandit eesmärgilisest.

- Rehabilitatsioonile orienteeritud hoiak tähendab ennekõike seda, et näiteks konkreetse inimese ravi planeerides ja seda läbi viies arvestatakse lisaks sümptomite kadumisele ja/või inimese tervenemisele - mis on ravimise peaeesmärk - ka sellega, et inimene ravi lõppedes ise võimalikult hästi ja iseseisvalt toime tuleks.
- Mõisted meditsiiniline rehabilitatsioon, kutsealane rehabilitatsioon, hariduslik rehabilitatsioon jne. tähendavad ennekõike seda, et rehabiliteerimise peamiste (sotsiaalsete) eesmärkide saavutamiseks kasutatakse meditsiinilisi ja/või hariduslikke vahendeid, meetodeid, tehnoloogiaid jms.

Konkreetselt on rehabiliteerimise protsessi peaeesmärk (tulemus) enamasti sõnastatud ühel järgneval viisil:

- inimese maksimaalse iseseisvuse ja sõltumatuse saavutamine
- sotsiaalselt väärtustatud rollide saavutamine
- inimese funktsioneerimise parandamine ja rahulolu teatud keskkonnas
- rahaliste kulutuste perspektiivne vähendamine

Kolm esimest eesmärki (tulemust) on oma olemuselt põhijoontes samased ja käsitlevad ennekõike inimressursi arendamisega kaasnevat sotsiaalset efekti. Ühe või teise sõnastusvariandi eelistamine sõltub ennekõike üldisest teoreetilisest raamistikust, milles kõnealust teemat käsitletakse. Neljas eesmärk käsitleb majanduslikku efekti ja ka see võib põhimõtteliselt olla formuleeritud erineval moel.

Ennekõike sellepärast, et rehabiliteerimise alla kaldutakse sageli paigutama teiste sektorite, peamiselt tervishoiu ja hariduse tegematajätmissi, on rehabiliteerimist otstarbekas defineerida võimalikult rangelt ja sotsiaalselt mõõdetava (hinnatava) tulemuse keskselt. Kokkuvõtlikult on rehabiliteerimisel järgmised iseloomulikud tunnused:

- Sotsiaalne ja majanduslik eesmärgipärasus (tulemuslikkus)
Nende mõlema esindatuseta pole konkreetse inimese rehabiliteerimise protsessi alustamine põhjendatud.
- Ajaline määratletus (rehabiliteerimine on ajaliselt piiritletud tegevus)
Veidi lihtsustatult võib öelda, et põhimõtteliselt on inimest võimalik rehabiliteerida sõltumata tema vanusest, st kogu elu jooksul, aga rehabiliteerimisprotsess ise ei saa kesta eluaeg. Üldiselt levinud arusaama kohaselt kestab raske psüühikahäirega inimese sotsiaalne rehabiliteerimine sõltuvalt isikust, häirest ja keskkonnast 6-24 kuud.
- Inimese enese osalus (kohustus)
Rehabiliteerimisel ei saa keegi teine inimese eest midagi ära teha. Kogu protsessil on mõtet ja see saab olla tulemuslik ainult siis, kui inimene võtab enesele ise vastavastavulise eesmärgi (kohustuse), mistõttu protsessi alustamise eeltingimuseks on vajalik inimese enese või tema seadusliku esindaja allkirjastatud rehabilitatsiooniplaan.

- Kvalifitseeritud kaadri olemasolu ja rakendamine
rehabiliteerimine koosneb kahest erinevast, kuid sisuliselt võrdväärsest aspektist: inimese jääkvõimete (tugevuste) väljaarendamine ja iseseisvat toimetulekut tagava (toetava) tugisüsteemi kujundamine (abivahendid, täiendavad vajalikud teenused), mis eeldavad mõlemat kompetentsi kandvate spetsialistide kaasamist
- Koostöösuhed keskkonnaga, millesse inimene (elama, tööle, õppima) asub
Rehabiliteerida ei saa mingisse üldisesse abstraktsesse keskkonda, vaid konkreetsesse, kuhu inimene (elama, tööle, õppima) asub
- Koostöösuhed inimese ravi eest vastutava institutsiooniga
Rehabiliteerimist käsitletakse teoreetiliselt küll omaette distsipliinina, aga siiski mitte ravist sõltumatult. Seepärast on rehabiliteerimise üheks tunnuseks ka vastastikku aktsepteerivate koostöösuhete olemasolu ravi- ja rehabilitatsiooniasutuse ja või nende eest vastutavate institutsioonide vahel.

Toetamine

Toetamine on erialane tegevus, mida väga hästi võiks iseloomustada inglise keelse väljendiga – *last but not least*. Teisiti öeldes, toetamine on protsessuaalselt küll viimane erialase sekkumise liik (lüli), aga võib ka öelda, et kõigil eelnevatel erialastel sekkumisel pole suurt tähendust, otstarvet ega tegelikult ka mõtet, kui neile ei järgne inimese vajadustele adekvaatsete toetuste või toetussüsteemide kujundamist ja rakendamist.

Protsessuaalselt viimane olemine tähendab ennekõike seda, et toetamine on vajalik ja seda kasutatakse reeglina ainult juhul, kui varasemad tegevused pole olnud piisavalt tulemuslikud. See on ka üks põhjusi, miks öeldakse et ravimise ja rehabiliteerimise (ning õpetamise) üks peaesmärke on toetuse vajaduse vähendamine. Lõpmatuseni pole toetuse vajaduse vähendamine kõigi inimeste puhul siiski võimalik. Küll aga peaks kvaliteetselt teostatud ravimine ja rehabiliteerimine (ning õpetamine) üldjuhul vähendada:

- toetamist vajavate inimeste arvu
- konkreetsele inimesele vajaliku toetuse mahtu (määr)

Kaks kaasajal enamkasutatavat toetamise ja selle vajaduse hindamise ning arvestamise üldist alust (kriteeriumi) on toetamise valdkond ja toetamise maht (määr). Psüühilise erivajadusega inimeste toetamise kontekstis on kõige sobilikumaks üldiseks taustsüsteemiks eespooltoodud erialatehnoloogiline alusskeem. Sellele skeemile tuginedes on psüühilise erivajadusega inimeste toetamise peamisteks valdkondadeks ennekõike eluase, õppimine ja töötamine, aga sihtgrupi eripära arvestades peaks neile kindlasti lisama ka igapäevaeluga toimetuleku.

Vajaliku toetuse mahu (määr) hindamine ja/või arvestamine on põhimõtteliselt võimalik viia väga peeneks ja üksikasjalikult reglementeerituks või jääda suhteliselt üldiste ühikute juurde. Üldine reegel on seejuures analoogne paljude teiste eluvaldkondadega: mida üksikasjalikumaks hindamine ja arvestamine viia, seda kallimaks vastavasisuline tegevus kogutegevusest läheb. Seepärast on lõppkokkuvõttes otstarbekas lähtuda ratsionaalsuse kriteeriumitest ja piirduda põhjendatud täpsusastmega ühikutega. Psüühilise erivajadusega inimeste toetamise puhul on mahu arvestamise ühikuks sõltuvalt toetusvaldkonnas enamasti tundide arv ööpäevas, nädalas või kuus.

Üldiste teoreetilis-praktiliste mudelite tasandil on psüühilise erivajadusega inimeste toetamine põhijoontes ühetaoline ega sõltu psüühikahäire spetsiifikast. Vahtel rakendamisel on erinevat tüüpi psüühikahäiretega inimeste toetamisel siiski märkimisväärsed erisusi, mistõttu erinevatele gruppidele arendatakse välja erinevad konkreetsed teenused ja vastavalt sellele koolitatakse erinevalt ka erinevate gruppidega töötajaid.

Hoolekande lähtealused

Moto: Pole inimest, pole probleemi - Pakud õnge, annad kala, aidad suhu ka

Hoolekanne pole mingi nähtus iseenesest ega omaette, vaid eksisteerib alati teatud konkreetsetes ajas ja ruumis (keskkonnas), mis määravad nii hoolekande põhimõttelise sisu ja vormi kui võimaluste üldised raamid. Võib ka öelda, et hoolekanne eksisteerib ainult ja just sedavõrd ning niisugusena, kuivõrd ja missugusena ühiskond seda soovib ja/või peab vajalikuks – ühiskond, selles domineerivad väärtussüsteemid, sh või ennekõike inimene ja tema koht selles süsteemis ning üldised hoiakud ja orientatsioonid määravad põhiosas ära nii hoolekande baasilised alusfilosoofiad, olemuse kui konkreetset ülesanded. Veel teisiti öeldes, hoolekannet on ühiskonnas sedavõrd, kuivõrd selles on hoolivat suhtumist inimesse. Kui seda pole, pole ka hoolekannet.

Väga üldiselt võib selles osas välja tuua kaks põhimõttelist võimalust. Esimesel juhul on konkreetse ühiskonna peamiseks väärtuseks ja eesmärgiks kõik inimesed ja nende heaolu, sõltumata sellest kes nad on, missugusesse erakonda kuuluvad ja/või missugused nad välja näevad jms ning sellest juhitud ja/või sellele on allutatud kõik ülejäänud väärtused, eesmärgid ning tegevused. Teisel juhul on inimene ennekõike mingite teiste väärtuste või eesmärkide (teatud konkreetne ideoloogia, kellegi au ja kuulsus, teatud kitsama grupi inimeste heaolu, valimiste võit ja poliitiline võim vms) elluviimise vahendiks.

Ühiskondades domineerivad baasilised väärtused ja hoiakud inimese ning hoolekande suhtes väljenduvad reaalsuses üsna ilmekalt kaasajal mitte ainult hoolekandes, vaid kogu ühiskonnaelus ühe kõige populaarsema sõnapaari: kaasamine – tõrjumine kaudu. Nimetatud sõnapaar väljendab põhimõttelist küsimust ja orientatsiooni: kas eesmärgiks on võimalikult kõigi ühiskonna liikmete maksimaalne kaasahaaramine ühiskonna ellu või mõnede ühiskonna liikmete või inimeste grupi kõrvaletõrjumine. Eri aegadel on erinevates ühiskondades erinevate inimeste gruppide suhtes kaldunud rohkemal või vähemal määral ühes või teises suunas, üldise tendentsina võiks siiski välja tuua järkjärgulist liikumist tõrjumiselt kaasamisele.

Tõrjumise äärmuslikuks vormiks on olnud ja on elimineerimine (kõrvaldamine). Ennekõike on see tähendanud inimese füüsilist kõrvaldamist ja selleks on kaks põhimõttelist võimalust: kõrvaldamine kas alatiseks või ajutiselt, teatud ajaks. Esimesel juhul on see enamasti tähendanud inimese füüsilist hävitamist, teisel juhul inimese füüsilist eraldamist (ja/või füüsilise liikumise vabaduse piiramist).

Füüsilise hävitamise näiteid võib ajaloost leida küllaga, alates näiteks vanaaegsest Spartast, jätkates keskaegse nõidade põletamise ja lõpetades käesoleval sajandil maakera erinevais paigus ja eri riikides toimunud genotsiididega. Füüsiline eraldamine on

hävitemisega võrreldes juba märksa inimlikum ja selles osas on inimkond aegade jooksul osutunud üsna leidlikuks, alustades näiteks inimese eraldamisest looduslike tõkete abil (väljasaatmine kaugele maale või asustamata saarele), jätkates piiratud liikumisvabadusega territooriumide (reservaadid, getod jms) loomisega, spetsiaalsete kinnipidamisasutuste ehitamisega ja liikumist piiravate vahendite (aheldamise erinevad tehnikad) kasutamisega.

Arusaadavalt, niisuguses ühiskonnas ja/või niisugusel ajal, mil teatud tunnustega elanikkonna grupid või nende esindajad füüsiliselt hävitati, ei olnud ka kohta ega ruumi mingiks hoolekandeks. Nõ sotsiaalne tellimus hakkas timukatöölt hoolekandetöole nihkuma inimese ja inimsuse üldise väärtustamise kasvuga ning üleminekuga füüsiliselt hävitamiselt füüsilisele eraldamisele. Inimese ja inimsuse üldise väärtustamise kasvu loogiliseks jätkuks on olnud ka füüsilise eraldamise järk-järguline väljatõrjumine inimeste ühiskonnaellu maksimaalse kaasamise poolt.

Üheks elanikkonna grupiks, kes nõ omal nahal on erinevatel aegadel praktiliselt kõiki kõrvaldamise meetodeid ja/või tehnikaid tundnud, on psüühikahäirete ja/või psüühilise erivajadusega inimesed. Seepärast, kuigi tänapäeval on näiteks suletud (hoolekande)asutustesse maailmas enamasti tauniv suhtumine, olid need omal ajal psüühilise erivajadusega inimestele oluliseks võimaluseks ja pääseteeks. Ühtlasi olid need ka kohtadeks, kus hoolekanne kui niisugune sai hakata nõ materialiseeruma, muutuma reaalseks tegevuseks.

Ühiskonnas toimunud baasiliste väärtuste ja hoiakute muutumisest tuleneb otseselt ka nõuete muutumine nii hoolekande sisule kui üldisele korraldusele (võib ka öelda: hoolekande tehnoloogiale). Mõnevõrra lihtsustatult öeldes tähendab tõrjumise asendumine kaasamisega ka seda, et varasemalt suhteliselt suletud süsteemina toimimiselt peab hoolekanne muutuma väga paljusid erinevaid elu- ja tegevusvaldkondi integreerivaks (läbivaks) tegevuseks.

Hoolekande rakenduslikud paradigmad

Moto: Kogu aeg on olnud nii, miks nüüd peaks olema teisiti?

Rakenduslikult tasandilt, võttes aluseks konkreetse üksuse või ühiku, mis hoolekannet ja vastavasisuliste tegevuste vormi ning sisu kujundab võib hoolekande arenguliselt jagada kolme paradigmaatilisse etappi:

- asutuse juhitud süsteem;
- teenuste juhitud süsteem;
- inimese (tarbija) juhitud süsteem.

Asutuse juhitud süsteem on ajalooliselt vanim. Kuna asutuse kui niisuguse mõiste on aja jooksul oluliselt muutunud, on raske öelda, millal esimesed hoolekandeesutused tegutsesid hakkasid. Kindlasti tegutsesid nad mitmel maal juba keskajal, aga on ka väidetud, et esimesed asutuse analoogid tegutsesid Euroopas juba 12.sajandil.

Asutuse juhitud süsteemi puhul on kõigi asjade aluseks asutus, niisugune nagu ta olemas on. See tähendab, et asutusel on oma reeglid, territoorium, ruumid, personal, rahalised vahendid jms. ning need määravad ära kogu võimaliku abi, mida inimestel (sellest) on võimalik saada. Tüüpilisemateks hoolekandeesutusteks olid algselt vaestemajad ja lastekodud. Aja jooksul asutuste poolt haaratud sihtgruppide arv ja spetsialiseeritus suurenes. Samuti kujunesid välja selged funktsioonid, mida asutused vähemal või rohkemal määral täitsid. Näiteks psüühikahäiretega inimeste hoolekande kontekstis on välja toodud institutsiooni (asutuse tähenduses) 7 võimalikku funktsiooni:

- pikaajalise ravi ja hoolduse kindlustamine – seejuures on ennekõike oluline pikaajalisus;
- varjupaik hoolealustele ja pereliikmetele – hoolealune saab varju pere jt. stressorite eest ning pere saab puhata hooldamist vajavast pereliikmest;
- majutamine – institutsioonis viibivale inimesele on kindlustatud katus pea kohal, voodi külje all ja igapäevane toit;
- sotsiaalse kontrolli kindlustamine – ennekõike nõ ohtlikute või ohtlikus seisundis olevatena käsitletavate inimeste üle;
- sotsiaalne ja kutse(töö)alane abi – teatud liiki ja teatud tasemel tegevus- ja tööteraapia läbiviimine;
- kõikehõlmava teenuse illusioon – laiem avalikkuse subjektiivne kujutus, et institutsioonis on rahuldatud kõik inimese vajadused;
- kindlad töökohad professionaalidele – professionaalide väljakujunenud rutiin, millest tulenevalt kõige suuremad süsteemi muutmise vastased on reeglina just professionaalid.

Asutuse juhitud süsteemi lammutamise alguseks võib lugeda 1960-ndate aastate alguses alanud deinstitutionaliseerimisperioodi. Esmases ja väga lihtsustatud lähenduses tähendas deinstitutionaliseerimine ennekõike suurte asutuste sulgemist. Siiski polnud ta kaugeltki mitte ainult see, sest asutuse sulgemine iseenesest on liiga lihtne – vaja on sisse lülitada häiresignaal ja jälgida, et enne välisukse lukustamist oleks kõik asunikud lahkunud. Deinstitutionaliseerimise puhul oli peamiseks sisuliseks küsimuseks, kas kõiki asutuste täidetavaid funktsioone on võimalik täita ka väljaspool asutust?

Teenuste juhitud süsteemi kujunemine oli seega deinstitutionaliseerimise üheks loomulikuks tulemuseks. Esimesed teenused ja/või teenuste pakettid kujunesidki institutsiooni (asutuse) ühe või mõne funktsiooni täitmise baasil. Näiteks eluasemeteenused kujunesid välja majutusfunktsiooni täitmiseks, päevakeskused ja päevakeskuste teenused võivad täita mitut erinevat funktsiooni (varjupaik, pikaajaline toetus, sotsiaalne kontroll jne.), toetatud töökohad täitsid ennekõike kutse- ja tööalase abi funktsiooni jne.

Teenuste juhitud süsteemi ülesehitamine tähendas aga sisuliselt ka senise asutusepõhise ja üldse kogu hoolekande kriitilist analüüsi, sest funktsioonide asutustest väljatoomisega kaasnes kohe ka küsimus: kas kõigi nende funktsioonide täitmine on üldse vajalik? Kui ka on vajalik, siis missuguses mahus, mis meetodil, kes neid peaks täitma ja nende eest maksma jne.

Üleminekut asutuse juhitud süsteemilt teenuste juhitud süsteemile võib Euroopas ja teistes Euroopa taustaga regioonides pidada eriti intensiivseks 70-80-datel aastatel. Sel perioodil suurenes nii teenuste üldine mass kui mitmekesisus, arendati välja palju uusi, erineva spetsialiseerituse astme ja rõhuasetusega teenuseid ja nende pakette. Näiteks päevakeskuste erinevaid mudeleid võib praeguseks ilmselt loetleda kümnetega. Teenustepõhiselt ehitati üles ka erinevate riikide kogu hoolekandesüsteemi või selle kitsamate sektorite arenduspoliitika. Teenuste juhitud süsteemi areng viis loogiliselt uue paradigma kujunemisele.

Inimese (tarbija) juhitud süsteemi aluseks on konkreetne inimene oma vähem või rohkem spetsiifiliste vajadustega. Sisuliselt tähendab see, et kui hoolekandesüsteemi asutusepõhise paradigma puhul pidi inimene kohanduma asutusega ja teenustepõhise paradigma puhul teenustega, siis tarbija juhitud süsteemi puhul kohandatakse inimesele vajalik pakett teenustest, toetustest, tugisüsteemidest jms.

Sellest tulenevalt eeldab inimese (tarbija) juhitud süsteemi ülesehitamine erinevate hindamismetoodikate, skaalade ja instrumentide olemasolu. Üldiselt peetakse vajalikuks nii metoodikaid, mis hindavad seda, mis inimesel olemas on, kui metoodikaid, mis hindavad seda, mis inimesel jääb ühiskonnas kokkulepitud ja aktsepteeritud standarditest puudu. Vastavad hindamistulemused ongi aluseks, mille põhjal koostatakse inimesele vajalik pakett.

Laiulatuslikumat tarbija juhitud süsteemile üleminekut võib erinevates maades täheldada alates 1980. aastate lõpust ja 1990. aastate algusest. Näiteks Kanadas töötati kaks erinevat riikliku vaimse tervise poliitika alusdokumenti välja vähem kui 10-aastase vahega. 1984.a. väljatöötatud raamistiku keskseks ideeks oli parema teenuste mudeli kujundamine. 1990. aastate alguseks niisugune lähenemine enam ei rahuldanud ja uus riikliku vaimse tervise poliitika alusdokument kujundati tarbijakesksena.

Siinkohal on oluline märkida, et uute paradigmade kasutuselevõtmisega ei tõrjuta varasemaid välja, muutub vaid rõhuasetus. Ka tarbija juhitud süsteemi puhul jäävad alles nii asutused kui teenused (vähemalt parimad neist), sest just nendega seostamise kaudu inimesele vajalik pakett saadaksegi.

Eesti hoolekandesüsteemi viimase 10-15 aasta arengus joonistuvad üsna selgesti välja kõigi eespooltoodud paradigmade elemendid ja üldine areng, mida võiks defineerida asutusekeskselt hoolekandesüsteemilt teenustekeskse süsteemi kaudu isikukesksele hoolekandele liikumisena. Näiteks 80-ndate aastate lõpul toimunud diskussioonid lastekodude ja eriinternaatkoolide ning neis toimuva teemadel kandsid üsna selget deinstitutionaliseerimise pitsarit. 1995.aastal vastu võetud sotsiaalhoolekandeseadus on siiski üles ehitatud asutusekeskselt paradigmat lähtuvalt, kuigi sõna teenus on selles algelises tähenduses juba kasutusel ja siin-seal on märgitud ka inimest. 90-ndate aastate lõpu arengusuundumused olid aga juba üsna selgelt inimesekesksed. Seega on Eesti hoolekandesüsteem kümmeaastaga läbimas arengut, mis mujal maailmas on võtnud kokku ligikaudu 40 aastat.

Juhtivate paradigmade vahetumine pole siiski ainult kitsalt erialatehnoloogiline küsimus, vaid puudutab kogu ühiskonda ja selle arenguid laiemalt. Peamine põhjus on selles, et iga uus paradigma on eelnevatest efektiivsem ja seda lõppkokkuvõttes nii sisuliselt kui majanduslikult. Täpsemini öeldes, püsima jäävad ja/või on jäänud ainult eelnevatest efektiivsemad mudelid. Seepärast on ka inimese juhitud paradigmat üleminek sisuliselt sundkäik.

Hoolekandeteenused

Moto: *Eesmärk pühendab abinõu*

Sotsiaalse heaolu (sh. hoolekande) süsteemi ülesehitamisel ja korraldamisel on mõistel **teenus** vähemalt kaks tähenduslikku aspekti, mis ei pruugi alati kokku langeda:

- majandus(tehinguline) ja/või rahaline tähendus (aspekt), arveldamise mehhanism
- töökorralduslik (sisuline) tähendus (aspekt), töö korralduse (ja hulga mõõtmise) mehhanism

Sisuliselt tähendab see, et kui näiteks teenuse rahastaja ja teenuse osutaja vaheline leping sõlmitakse teenuse ostu-müügi tehinguna, võib teenuse osutaja sisemine töökorraldus kas tervikuna või vähemalt mõne lüli osas olla üles ehitatud näiteks eelarvelisel või teenistuslikul alusel. Samuti on võimalik vastupidine variant, mille puhul teenuse rahastaja ja teenuse osutaja vahel on näiteks eelarveline (või kaupade ostul-müügil põhinev), aga teenuse osutaja sisemine töökorraldus on kas tervikuna või vähemalt mõne lüli (tegevuse, etapi) osas sisuliselt teenuse ost-müük. Allpool on teenuseid käsitletud nende sisulises tähenduses.

Hoolekandesüsteemi teenustepõhine korraldus (ülesehitus) eeldab, et igal eraldi (omaette, iseseisvana) defineeritaval ja käsitletaval teenusel oleks vähemalt üks, ainult sellele teenusele omane ja/või iseloomulik kvalitatiivne (ja mõõdetav) tunnus, mida ühelgi teisel teenusel ei ole. See tähendab tunnus, mille esinemine (olemasolu) osutab, et tegemist on just selle konkreetse teenusega ja et see teenus kui niisugune on antud juhul üldse olemas. Reeglina peaks igal teenusel niisuguseid spetsiifilisi tunnuseid olema mitu.

Kliendikeskne lähenemine eeldab samal ajal, et see tunnus pole mingi asi iseeneses, vaid sisaldab selgesti defineeritavaid tegevusi, mis aitavad lahendada kliendi teatud konkreetset probleemi ning vastavad kliendi hinnatud vajadusele. Seega võib teenuste loendit käsitleda ka kliendi probleemide ja/või vajaduste loendi pöördväärtusena.

Teenustepõhisus ja kliendikeskne lähenemine annavad seega vähemalt teatud piires ka vastuse küsimusele, kui palju erinevaid hoolekandeteenuseid üldse peaks olema ja/või oleks vajalik, sest põhimõtteliselt ei saa neid olla palju rohkem kui olemasolev hindamissüsteem võimaldab määratleda inimese erivajadusi. Teisiti öeldes, mida üldisemad on inimeste vajaduste hindamise instrumentid, seda vähem ja üldisemaid teenuseid on võimalik välja arendada. Ning vastupidiselt, spetsiifiliste teenuste väljaarendamine on võimalik ainult sedavõrd, kuivõrd see on toetatud inimeste hindamise instrumentide ja/või nende süsteemiga.

Hoolekandeteenuste süstematiseerimisel saab välja tuua kaks põhimõttelist skeemi (mudelit), millel mõlemal on oma eelised, kuid millel sisulises mõttes tähenduslikult olulist erinevust ei ole:

- teenuste jaotamine üldisteks avalikeks teenusteks ja spetsiifilistele sihtgruppidele orienteeritud nõ. eriteenusteks (koos vastavate alajaotustega) – nõ. üldiste ja eriteenuste skeem
- teenuste koondamine üldisse loendisse, mis on teatud kindlal alusel järjestatud (näiteks teenuste keerukusaste, kättesaadavuse tingimused, osutamise kestus, tulemuslikkus vms.) – nõ. järjestatud teenuste skeem

Üldiste ja eriteenuste skeem

Üldised avalikud teenused	Eriteenused			

- üldised avalikud teenused, millele kõigil elanikel on võrdne õigus (koos sellest tulenevate nõuetega teenuste kvaliteedile)
- eriteenused, mis on orienteeritud teatud spetsiifiliste tunnustega sihtgruppidele ja mida võib omakorda jagada 2 gruppi:
 - teenused, mille peaesmärgiks on iseseisvalt elava inimese abistamine (toetamine) tema seostamiseks (seostamisel) üldiste avalike teenustega, sh.:
 - ajaliselt piiritletud, tulemusele orienteeritud teenused, mille tulemusena inimene seostatakse üldiste avalike teenustega nii, et vajadus toetavate teenuste järgi kaob või muutub minimaalseks
 - pikaajalised toetava iseloomuga teenused, mille pidev osutamine on vajalik selleks, et inimene saaks kasutada üldisi avalikke teenuseid
 - teenused, mis on vajalikud neil juhtudel, kui inimese iseseisvalt elamise seostamine üldiste avalike teenustega ei ole mingil põhjusel võimalik

Järjestatud teenuste skeem

Üldised avalikud teenused	Seostavad teenused	Toetavad teenused	Eriteenused
---------------------------	--------------------	-------------------	-------------

- üldised avalikud teenused, millele kõigil elanikel on võrdne õigus (koos sellest tulenevate nõuetega teenuste kvaliteedile)
- ajaliselt piiritletud, tulemusele orienteeritud teenused, mille tulemusena iseseisvalt elav inimene seostatakse üldiste avalike teenustega nii, et vajadus toetavate teenuste järgi kaob või muutub minimaalseks

- pikaajalised toetava iseloomuga teenused, mille pidev osutamine on vajalik selleks, et iseseisvalt elav inimene saaks kasutada üldisi avalikke teenuseid
- teenused, mis on vajalikud neil juhtudel, kui iseseisvalt elava inimese seostamine üldiste avalike teenustega ei ole mingil põhjusel praktiliselt üldse võimalik

Üldiste ja eriteenuste skeemi ning järjestatud teenuste skeemi peamise põhimõttelise erinevusena võiks välja tuua asjaolu, et esimesel juhul on teenuseid ja nende kasutajaid rühmitatud esmalt kahte suurde gruppi, teisel juhul toimub eristamine mitme väiksema sammu kaupa. Arvestades üldisi rahvusvahelisi arengusuundi, võiks eelistada teist, st. järjestatud teenuste süsteemi. Järjestatud teenuste skeemi eelistamise teine kaalukam põhjus on selles, et niisugusel juhul on ilmekam ka teenuste kättesaadavuse üldine printsiip – iga järgmist teenust osutatakse ainult juhul, kui eelmise teenusega inimese vajadusi ei saa rahuldada või inimene ei ole suuteline seda teenust kasutama. Järjestatud teenuste skeemi puhul on mõnevõrra probleemne see, et mõningaid teenuseid võib olla raske järjestada.

Psüühilise erivajadusega inimesed Eestis

Moto: *Inimene ei ole statistika*

Täpset riiklikku statistikat psüühikahäirete esinemise ja leviku ning psüühilise erivajadusega inimeste ja nende arvu kohta Eestis (nagu ka paljudes teistes riikides) ei peeta. Üldise tausta kujundamisel saab seepärast tugineda erinevates allikates leiduvatele, vähem või rohkem täpsetele ja ka tuletatud andmetele. Järgnevas tabelis on toodud üks võimalik vastavasisuline valik.

	Näitaja	Arv
1.	Psühhiaatri poole pöördunud inimeste arv	~ 35 000
2.	Esmaseid skisofreeniasse haigestumise juhte aastas	400-500
3.	Psüühika- ja käitumishäirete alusel esmakordselt vaeguriks tunnistatud isikuid aastas	900-1100 I grupp 100-200 II grupp 600-700 III grupp 200-300
4.	Psüühika ja käitumishäiretega vaegureid kokku	~ 6 500 I grupp ~ 600 II grupp ~ 5 000 III grupp ~1 000
5.	Suunatud ööpäevaringsele hooldamisele hooldekodusse aastas	150-250

Tabelis toodud arvud esmasjuhtude kohta (read 1-3; juhtumeid üldse, haigestumine skisofreeniasse, vaeguriks tunnistamine) võib lugeda suhteliselt täpseteks kuna nende osas kogutakse ja süstematiseeritakse teatud riiklikku andmestikku. Psüühika- ja käitumishäiretega vaegurite koguarv (rida 4) on tuletatud riikliku pensionikindlustuse üldisest statistikast, mistõttu see on kindlasti ligikaudne. Hooldekodusse ööpäevaringsele hooldamisele suunatute arv (rida 5) tugineb riiklikule

hoolekandestatistikale, aga arvestades senist hooldamisele suunamise praktikat tuleks seda võtta lihtsalt orientiirina.

Tabeli esimeses reas toodud arv on eespooltoodud esmakordsetest ambulatoorsete psühhiaatriliste patsientide arvust mõnevõrra suurem kuna see sisaldab ka lihtsalt psühhiaatri poole pöördumisi (näiteks relvaloa taotlemisel), aga mitte enamasti juhtivana diagnoositud psüühikahäiret. Siiski ei saa ka kõiki neid inimesi, kellel psüühikahäire on diagnoositud, klassifitseerida psüühilise erivajadusega isikutena kuna põhiosal neist on häired suhteliselt kerged või lühiajalised (mööduvad).

Psüühilise erivajadusega inimestena on põhjust käsitleda isikuid, kellel on raskest ja/või püsivast psüühikahäirest tingitud erivajadused. Arvestades Eesti senist praktikat, sh vaegurluse gruppidesse kuuluvuse kriteeriume, võiks selle grupi suuruse kontrollarvuks võtta isikute arvu, kes psüühika- või käitumishäirete alusel on tunnustatud teatud vaegurluse gruppi kuuluvaks. Seega, suure tõenäosusega on psüühilise erivajadusega inimeste arv Eestis suurusjärgus 6000-7000. Võimalik, et mõnevõrra probleemseks võiks tõlgendada senist kolmandat vaegurluse gruppi, aga ka neid välja arvates jääks vastava grupi suuruseks ligikaudu 5000 inimest.

Need vähemalt 5000 on inimesed, kellel uue puute klassifikatsiooniskeemi alusel suure tõenäosusega fikseeritakse kas raske või sügav puue, mis vastavalt puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seaduse formuleeringule tähendab seda, et inimene vajab kõrvalabi, juhendamist või järelevalvet igal ööpäeval. Nagu nähtub tabelist, lisandub neile igal aastal vähemalt 700 uut inimest, kellest tuletatud andmete alusel umbes 60-70% on tööealised.

Erivajaduse olemasolu ja selle iseloomu (sisu) hindamine (määramine) kuulub ennekõike ja lõppkokkuvõttes erialase ekspertiisi valdkonda. Peamiseks probleemiks on seejuures aga, missuguse erialase ekspertiisiga on tegemist:

- kas tegemist on ühe või mitme erialaga
 - kui ühe, siis missuguse erialaga
 - kui mitme, siis missuguste erialadega

Eesti senise praktika kohaselt kuulus vaegurluse (ja sellest tingitud erivajaduste) määramine arstliku ekspertiisi valdkonda. Paraku, arvestades inimese bio-psühho-sotsiaalset olemust, tuleb seda pidada ühekülgseks, kuna kliinilis-meditsiiniline kompetents ei suuda mitte kuidagi adekvaatselt haarata inimese kõiki eluvaldkondi ja tegevusi. Adekvaatse hinnangu saamine inimese seisundile ja sellest tulenevatele erivajadustele on lõppkokkuvõttes võimalik ainult interdistsiplinaarsel lähenemisel.

Eesti üldine ruum

Moto: Turgu läksid sa ja metsa läksin ma, ...

Seadusandlikud põhialused psüühilise erivajadusega inimeste hoolekandeks on sätestatud Põhiseaduses, sotsiaalhoolekande seaduses, perekonnaseaduses ja psühhiaatrilise abi seaduses. Täiendavalt kujundavad kõnealuse valdkonnaga seotud õiguslikku ruumi tervishoiu korraldust ja ravikindlustust reguleerivad seadused ning sotsiaalministri mitmed seadusandlikud aktid, mis reguleerivad perearsti tegevust, raviteenuste hinda, erivajadustega inimeste hoolekande rahastamist jms.

Institutsionaalne vastutus ja funktsioonid psüühilise erivajadusega inimeste ravi, rehabilitatsiooni ja hooldamise korralduse osas on vaatamata seadusandlike aktide suhteliselt suurele hulgale tervikuna piisava selguseta defineerimata ja täpsustamata. See väide kehtib nii üksikisiku, kohaliku omavalitsuse ja riigi (sh. maavalitsuse) kui valdkonnas tegutsevate asutuste ja teenuste osutajate tasandil ja seda nii erialaselt kui seadusandlikult.

Ülalloetletud seadused piirduvad reeglina üldsõnaliste formuleeringutega, mis ei hõlma kogu vastavat õigusruumi ja on nii mõnelgi juhul üksteisele vastukäivad. Seadusandliku ruumi peamiste nõrkustena võiks märkida ennekõike järgmisi asjaolusid:

- seadused on koostatud hiljuti väga populaarsete nõ. raamseadustena, mis ei pretendeerinudki millegi täpsele reguleerimisele ja/või peegeldasid ainult ühe või mõne inimese (grupi) teadmisi ja arusaama sellest "raamist"
- seadused reguleerivad mingit suhteliselt kitsast, tervikkontekstist vähemal või rohkemal määral välja kistud osa sotsiaalsest keskkonnast, millesse inimene tervikuna ei mahu
- seadustega on erinevatele institutsioonidele (peamiselt omavalitsustele ja peredele) pandud ülesandeid, mille täitmine (ja sellest tulenevalt ka täitmise kontroll) seadusesätete sisulise ebamäärasuse tõttu on praktiliselt võimatu

Seega, seadused ja regulatiivid justkui on olemas, aga samal ajal ei ole ka. Paljud seadusesätetest reaalses elus senini tegelikult "ei tööta" ja vähemalt teatud osades ilmselt ei hakkagi kunagi töötama. Ka hilisemaid seaduste täiendusi ja parandusi pole tehtud niivõrd seaduste sisemise ja omavahelise loogika korrastamiseks ning kooskõlastamiseks, kuivõrd hädavajaduse sunnil aukude lappimiseks. Nii mõnelgi juhul pole sisemisel korrastamisel ka erilist mõtet (näiteks sotsiaalhoolekande seaduse puhul) kuna nende paradigmaatilised põhialused on praeguseks üsna lootusetult vananenud, mistõttu nad on vaja uutelt alustelt uuesti välja töötada.

Psüühikahäirete ja psüühilise erivajadusega inimeste eriarstiabiiks ja hoolekandeks Eestis kasutatavate rahaliste vahendite kogumahtu, vahendite sisulist (funktsionaalset) kasutamist ning kasutamise tulemuslikkust väga täpselt hinnata pole võimalik. Mõnevõrra selgem ja ülevaatlikum on olukord riiklike vahendite osas, vähem selge omavalitsuste, inimeste eneste, erakapitali jms. vahendite osas. Ligikaudselt on valdkonnas kasutatava raha kogumass suurusjärgus 300 miljonit krooni aastas, mis moodustab umbes 1% Eesti riigi aastaeelarvest. Nimetatud summa sisse pole arvestatud pensionikindlustuse seaduse ja puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seaduse alusel inimestele makstavaid vahendeid.

Riiklikust ravikindlustuse eelarvest on psühhiaatriliseks abiks (täpsemalt, psühhiaatriliste diagnoosidega inimeste raviks) viimastel aastatel eraldatud keskmiselt veidi enam kui 150 miljonit krooni aastas. Sellest summast keskmiselt 80% on kasutatud teenuse ostuks ja 20% soodusravimitele. Teenuse ostu kogusummast ligi 80% on kasutatud statsionaarsele ravile, peamiselt spetsialiseerunud psühhiaatriaiglates. Ülejäänud teenuse ostu summa on kasutatud ambulatoorsele ravile nii psühhiaatriaiglates kui näiteks perearstide poolt.

Riigieelarvest on psüühilise erivajadusega inimeste riiklikuks hoolekandeks viimastel aastatel eraldatud vahendeid keskmiselt 100 miljonit krooni aastas, millest umbes pool on kasutatud personalikuludeks. Sellest omakorda nõ põhitegevuse, st vahetult inimesega töötavale personalile on kasutatud veidi enam kui 60%. Seega, vahendite kogumassist moodustavad vahetult inimesega töötava personali kulud umbes ühe kolmandiku, mis sektori olemust, töö sisu ja missiooni arvestades on ebaloomulikult vähe. Põhitegevuse personalikulude osakaal peaks kõnealuses sektoris olema kindlasti tublisti üle poole kogukuludest.

Asutuste ja teenuste osutajate võrgustik on viimastel aastatel mitmekesisitunud ja kõnealuses valdkonnas on esindatud kõik Eestis võimalikud omandivormid. Siiski on areng olnud suhteliselt stiihiline ning vähese riikliku koordineerimisega, mistõttu pole välja kujunenud asutuste optimaalset võrgustikku, ratsionaalset tööjaotust erineva kompetentsiga asutuste, teenuste osutajate ja organisatsioonide vahel ning teenuste optimaalseid proportsioone.

Nimetatud teemade käsitlemist ja arendamist on mõnevõrra pärssinud ka nõ asutusekeskse paradigma tugev esindatus inimeste mõtlemises, mistõttu jätkuvalt ületähtsustatakse ka näiteks asutuste kui iseseisvate majandusüksuste probleemi. Psüühilise erivajadusega inimeste hoolekande kontekstis on asutusel tegelikult sekundaarne (või veel vähemajärguline) tähendus, sest asutuste kui iseseisvate majandusüksuste arvust, omandivormist jms. on märksa olulisemaid faktoreid nagu näiteks:

- klienditööd tegeva personali ja klienditööga tegelevate üksuste (osakonnad, rühmad, grupid vms.) kvalifikatsioon ning suutlikkus
- nõuded teenustele (teenuste kvaliteedile)
- teenuste vajaduse (kliendi seisundi ja abivajaduse) ühetaoline ja kvalifitseeritud hindamine
- teenuste kättesaamise selged kriteeriumid
- teenustele suunamise protseduurid
- järelevalve teenuste osutamise ja nende kvaliteedi üle
- erinevate institutsioonide ja sektorite koostöö
- sektori rahastamine (nii kogusumma kui rahastamise skeemi tähenduses)

Võiks öelda, et kui eespoolloetletud valdkonnad on kvaliteetselt korraldatud, on konkreetse inimese (teenuse kasutaja) seisukohalt põhimõtteliselt üsna ükskõik, kas teenuseid osutab 1, 21 või 121 asutust ja kas nad on hallatavad riigiasutused, kasumit taotlevad või mittetaotlevad eraõiguslikud juriidilised isikud, avalik-õiguslikud subjektid vms. Asutuste omandivormi, arvu ja suuruse küsimused on esmatähtsad ennekõike üldise majanduspoliitika ja majandusliku otstarbekuse tähenduses, aga see on omaette teema.

Kõige suurem maht valdkonnas teenuste osutamisel on seni riigi poolt hallatavatel asutustel (näiteks psühhiaatriaiglad, enamus erihooldekodudest); sihtasutuse Tartu Ülikooli Kliinikum asutamisega kasvas oluliselt kasumit mittetaotlevas eraõiguslikus omanduses olevate asutuste poolt osutatavate teenuste maht (mõned erihooldekodud ja väiksemas mahus, peamiselt päevakeskuste tüüpi teenuseid osutavad mittetulundusühingud); väiksemas mahus osutavad teenuseid munitsipaalomanduses olevad asutused ja kõige vähem – kasumit taotlevale erakapitalile kuuluvad asutused.

Viimaste aastate arengusuundumused

Moto: Tuleb tuul ja tõukab paati ...

Psüühilise erivajadusega inimeste hoolekande üldise korralduse muutmise peamiste põhjustena võiks välja tuua kaks asjaolu:

- riiklikult finantseeritav teenuste süsteem oli jäik ja selles puudusid igasugused alternatiivid asutuses ööpäevaringsele hooldamisele
- psüühilise erivajadusega inimeste arv ja osutatavate teenuste mahud ei olnud omavahel kooskõlas (vastavalt ligikaudu 5000 isikut ja veidi vähem kui 3000 kohta hooldekodudes), millest tingituna ligi pool sihtgruppi kuuluvatest isikutest ei saanud üldse mingeid teenuseid

Esimesed suuremad riiklikul tasandil tehtud muudatused psüühikahäiretega isikute hoolekandes toimusid aastatel 1998-1999, mil töötati välja psüühilise erivajadusega inimeste ravi, rehabilitatsiooni ja hoolekande valdkonna edendamiseks kaks olulist tähtsusega programmilist dokumenti:

- „Erihoolduse arendamise programm; alused ja põhisuunad aastateks 1998-2000“, kinnitatud sotsiaalministri 30.septembri 1998.a. käskkirjaga nr. 232
- “Sotsiaalteenuste arendamise poliitika alusdokument“, heaks kiidetud Sotsiaalministeeriumi juhtkonna, maavalitsuste sotsiaal- ja tervishoiu osakondade juhatajate ning Eesti Sotsiaaltöö 25-27 augusti 1999.a konverentsi osavõtjate poolt

Nimetatud dokumendid on koostatud kooskõlas psüühilise erivajadusega inimeste ravi, rehabilitatsiooni ja hoolekande korraldamise maailmas üldtunnustatud printsiipide, seisukohtade ja mudelitega, mis on kohandatud Eesti oludele. Mõlemale dokumendile on andnud oma positiivse hinnangu ka Euroopa Liidu eksperdid. Neist viimane dokument on üldisem ja selles on sätestatud sotsiaalteenuste arendamise 4 riiklikku prioriteeti:

- Kujundada iseseisvaks toimetulekuks vajalik infrastruktuur ja toetused
- Töötada välja toimetuleku võimekuse hindamise üldmetoodika
- Soodustada iseseisvat toimetulekut toetavate teenuste arengut
- Vähendada omavastutust piiravate ja kallite teenuste osakaalu

Esimeseks konkreetseks sammuks kogu psüühilise erivajadusega inimeste hoolekande süsteemi korrastamisel võiks lugeda erihooldekodudesse suunamise peatamist

1998.aastal. Samal aastal viidi spetsiaalse hindamisinstrumendiga läbi erihooldekodudes, kool-kodudes ja mõnes psühhiaatriaiglas viibivate psüühikahäiretega inimeste seisundi hindamine. Edasine teenuste süsteemi korrastamine on paljuski tuginenud just neile hindamistulemustele.

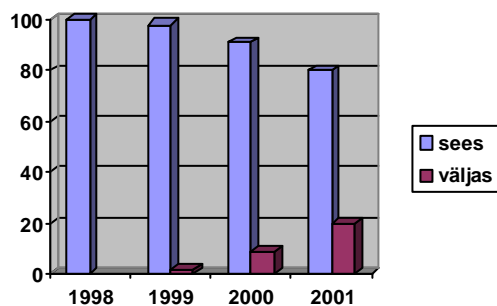
1999.aastast muudeti riigieelarvelise hoolekande senine asutusepõhine (tegevuskulud täisealiste erihooldekodudes) finantseerimisskeem isikukeskseks (erivajadustega inimeste riiklik hoolekanne) ning alustati päevakeskuse teenuse rahastamisega. Samaaegselt viidi asutuste juhtide seas läbi erihooldekodudes elavate psüühikahäiretega isikute elamis- ja olmetingimuste uuring, mille tulemused kinnitasid eespool nimetatud erihoolduse arendamise programmis sätestatud tegevusvaldkondade olulisust ja vajalikkust.

2000.aastal jõustusid kaks psüühikahäiretega inimeste sissetulekuid mõjutavat seadust: puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seadus ning riikliku pensionikindlustuse seadus, mille kohaselt saab ka institutsioonis elav inimene kogu ulatuses kätte talle määratud pensioni ja sotsiaaltoetused. Teatavasti maksti riikliku elatusrahade seaduse alusel eespoolnimetatud grupile välja ainult 15% neile määratud pensionist.

Kõnealuse valdkonna võimalikke arengusuundumusi mõjutab olulisel määral ka Sotsiaalministeeriumi juhtkonna poolt praeguseks põhimõtteliselt heaks kiidetud ja kava kohaselt 2001.aastal osaliselt rakenduv püsiva töövõimetuse ja puude raskusastme määramise uus süsteem.

Institutsionaalselt asutusevälisele suundumine pole jäänud ainult deklaratiivseks, vaid väljendub ka psüühilise erivajadusega inimeste hoolekande riikliku finantseerimise muutustes aastatel 1998-2001. Neil aastatel on nõ mitteinstitutsionaalsele hoolekandele tehtavate kulutuste osakaal järjepidevalt suurenenud ja institutsionaalsele hoolekandele tehtavate kulutuste osakaal proportsionaalselt vähenenud.

1998.a. kasutati kogu sektori eelarvest 100% hooldamisele hooldekodus. 1999.a. eraldati päevakeskuse kui esimese institutsioonivälise teenuse finantseerimiseerimiseks 2% kogu sektori kuludest, kusjuures finantseeriti ainult erihooldekodudest eraldiseisvaid päevakeskusi. 2000.aastal lisandus päevakeskuse teenusele rehabiliteerimise teenus ning kulud nendele kahele teenusele moodustasid kokku juba 9% kuludest. Alates 2001. aastast toimub psüühilise erivajadusega inimeste hoolekande finantseerimine 9 teenuse baasil, kusjuures kulutused asutusevälisele hoolekandeteenustele on kasvanud 20%-ni kogukulutustest.



Olnust või juba toimunud märksa keerukam on käsitleda seda, missugused saavad olema psüühilise erivajadusega inimeste hoolekande edasised arengusuundumused, sest need sõltuvad paljudest kõnealuse sektori välistest ja väga mõjukatest teguritest nagu näiteks:

- ühiskonna üldiste väärtuste muutumine ja/või areng
- üldine sotsiaalpoliitiline ja sotsiaalmajanduslik areng (sh toetuste ja pensionite süsteem ning tase)
- psühhiaatrilise abi (sh ebastabiilse remissiooniga isikute ravi) süsteemi areng ja kvaliteet
- tervishoiu rahastamine (nii printsiipide kui mahtude tähenduses)
- toetavate hoolekandeteenuste süsteemi areng
- abivajaduse hindamissüsteemi (sh -instrumentide) areng

Seepärast on raske ja ilmselt ka ebaotstarbekas püüda kujundada lõplikku asutuste ja teenuste võrgustiku mudelit, mis oleks optimaalne ka näiteks aastal 2005 ja 2010. Jättes üldise tautsüsteemi kõrvale, võib nõ sektori sisesteks prioriteetseteks tegevusteks pidada järgmisi:

- riiklikult koordineeritud täiendkoolitussüsteemi loomine kõnealuses valdkonna töötajatele
- inimese seisundi, toimetuleku ja vajaduste määramist võimaldavate hindamisinstrumentide kasutuselevõtmine
- erinevate sektorite (tervishoid, hoolekanne, tööturg) integreeritud arendamine
- riiklikult finantseeritavate teenuste mahtude edasine optimeerimine näiteks järgnevas tabelis toodud soovituslike mahtude alusel

Teenus	Kohti				Suundumus			
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Ööpäevaringne hoold.	2580	2700	2730	2200	1800	1500	1200	900
• Tugevd. järelvalve				140	140	120	100	100
• Tugevd. toetus				80	80	80	80	80
Toetatud elamine				400	600	800	1000	1500
Elamine kogukonnas				17	17	17	17	18
Rehabiliteerimine			30	60	60/160	60/250	60/300	60/400
Igapäeavaelu toetamine		300	440	250	250/500	250/500	250/500	250/500
Töötamise toetamine				400	550	600	700	800
Juhtumi korraldamine				250	~350	~400	~450	~500
Kokku	2580	3000	3170	3300	~ 3500	~ 3700	~ 4000	~ 4300

Tabelis on rehabiliteerimise ja igapäeavaelu toetamise teenuste suundumuste puhul toodud kohtade arv ja klientide arv.

Psüühilise erivajadusega inimeste hoolekandeteenused

Moto: Igaühe jaoks on kuskil miski

Psüühilise erivajadusega inimeste hoolekandeteenuste loendi koostamisel on oluline arvestada ennekõike kolme asjaolu (teguriga), mis kõik mõjutavad võimalikku teenuste loendit, selle kujundamist, konkreetsust ja selgusastet:

- erivajadusega inimeste hoolekandeteenused ei ole nõ. omaette nähtused, vaid moodustavad osa suuremast ruumist – avalikest teenustest
- erivajadusega inimeste hoolekandeteenused on eriti tihedalt seotud neile lähedaste avalike teenuste (ennekõike tervishoiu-, tööturu- ja haridusteenused) ning nende arengutega
- erivajadusega inimeste hoolekandeteenuste spetsiifiliseks tunnuseks on asjaolu, et nad on (peaksid olema) väga tihedasti seotud inimese seisundi ja sellest tingitud vajadustega.

Eesti praegustes oludes ei ole psüühilise erivajadusega inimeste riikliku hoolekandeteenuste loendi koostamisel kahjuks võimalik tugineda ei esimesele ega teisele tegurile. Veel enam, loendi koostamist raskendab kõnealuste teenustega eriti tihedalt seotud teiste avalike teenuste ebamäärasus. See puudutab ennekõike tervishoiusektorit, selle missiooni, teenuste, vastutuse jms. konkretiseeritust, mõtestatust ning põhjendatust.

Eelnevast tingituna on vastavasisulise loendi koostamisel võimalik tugineda ennekõike kolmandale tegurile – teenuste seotusele inimese seisundi ja sellest tingitud vajadustega. Paraku on ka selles osas võimalused piiratud, kuivõrd seni on psüühilise erivajadusega inimeste hindamisel Eestis tuginetud ennekõike meditsiinilis-kliinilisele kompetentsile ja lähtunud meditsiinilistest kriteeriumitest.

Psüühilise erivajadusega inimeste hoolekandeteenuste süsteemi ülesehitamist alustati Eestis 1998.aastal. Kuni selle ajani finantseeriti kõnealuses sektoris riigieelarvest ainult hooldekodus (institutsioonis) hooldamise teenust, st toimis asutusepõhine finantseerimisskeem. 1999. aastal täiendati finantseeritavate teenuste loendit päevakeskuse teenusega ja 2000. aastal rehabiliteerimise teenusega.

Alates 2001.aastast on psüühilise erivajadusega inimeste riiklik hoolekanne korraldatud üheksa teenuse baasil:

- juhtumi korraldamine
- rehabiliteerimine
- igapäevaelu toetamine

- toetatud elamine
- elamine kogukonnas
- töötamise toetamine
- ööpäevaringne hooldamine
- ööpäevaringne tugevdatud toetusega hooldamine
- ööpäevaringne tugevdatud järelvalvega hooldamine

Tulenevalt eespooltoodud asjaoludest, ennekõike kogu avalike teenuste sektori ja hindamissüsteemide võimalikest arengutest, ei saa kõnealust teenuste loendit pidada päris õplikuks, mis jääb kehtima väga pikaks ajaks. Arvestades konkreetsete teenuste sisu, võib siiski eeldada, et väga suuri muutusi sellesse ei tule. Allpool on toodud nimetatud teenuste praegused põhimõttelised määratlused.

Juhtumi korraldamine

teenus, mille eesmärgiks on inimese maksimaalselt iseseisva toimetuleku tagamine inimese seostamise kaudu üldiste avalike teenustega ja/või psüühiliste erivajadustega inimestele orienteeritud teenustega.

Põhitunnus(ed): inimese seostamine olemasolevate teenustega

Rehabiliteerimine

teenus, mille eesmärgiks on inimese iseseisva toimetulekuvõime suurenemine ja pikaajalisele hooldusele suunamise vajaduse vähenemine inimese oskuste ja jääkvõimete ning tugisüsteemide arendamise kaudu.

Põhitunnus(ed): inimese tahe arenguks, toimetulekuvõime suurenemine, ajaline piiritletus

Igapäevaelu toetamine

teenus, mille eesmärgiks on tavapärases keskkonnas elava inimese pikaajalisele hooldusele suunamise vajaduse vähendamine inimese rehabilitatsioonile orienteeritud tegevustesse kaasamise ja tavapärases keskkonnas toimetuleku toetamise kaudu.

Põhitunnus(ed): inimese iseseisvus, päevase tegevuse struktureerimine ja sisustamine, toetamine

Toetatud elamine

teenus, mille eesmärgiks on inimese iseseisev toimetulek tavapärasele võimalikult lähedases keskkonnas. Teenus seisneb inimeste majutamises tehniliselt hooldatavas väikeses majutusüksuses (3-20 kohta) kas koos teiste analoogsete probleemidega inimestega või teiste analoogsete probleemidega inimeste ja ühe professionaaliga ning igapäeva- ja koduse elu korraldamisel abistamises, tuginedes sarnaste probleemidega inimeste toetusele ja ühistevõimele.

Põhitunnus(ed): inimese suutmatust enesele eluaset hankida ja selle eest hoolt kanda

Elamine kogukonnas

toetatud elamise teenus, mille puhul kliendid elavad koos professionaaliga (nn. Camphilli mudel)

Põhitunnus(ed): vähemalt üks professionaal ja 4 klienti elavad ühise leibkonnana

Töötamise toetamine

teenus, mille eesmärgiks on iseseisvalt elava või toetatud elamise teenust kasutava inimese töötamine tavapäraistes töösuhetes. Seisneb töövõtja ja tööandja toetamises (abistamine, juhendamine, nõustamine) inimese tööerakendamisel ja töökoha ning töötingimuste kohandamisel inimese vajadustele vastavaks. Toetamine võib seejuures toimuda kas tööandjale rahaliste vahendite sihtotstarbelise eraldamise või (tasuta, st kinnimakstud) erialaste teenuste osutamise kaudu.

Põhitunnus(ed): vähenenud võime tööjoturul konkureerimiseks, formaalse töösuhte olemasolu kliendi ja tööandja vahel

Ööpäevaringne hooldamine

teenus, mille eesmärgiks on inimese elukvaliteedi säilitamine ühiskonnas aktsepteeritavaks peetaval tasandil inimest igapäevaelus vajalike toimingute sooritamisel abistamise kaudu.

Põhitunnus(ed): suutmatus tulla iseseisvalt toime, ööpäevaringne järelvalve ja toetus, pikaajalisus

Ööpäevaringne tugevdatud toetusega hooldamine

teenus, mille eesmärgiks on sügava liitpuudega inimese iseseisva toimetulekuvõime suurenemine ja/või elukvaliteedi säilitamine ühiskonnas aktsepteeritavaks peetaval tasandil inimese ravi, rehabiliteerimise ja igapäevaelus vajalike toimingute sooritamisel abistamise kaudu.

Põhitunnus(ed): sügava liitpuude olemasolu, eriarstiabi ja muu teraapia vajaduse suur osakaal

Ööpäevaringne tugevdatud järelvalvega hooldamine

teenus, mille eesmärgiks on suurenenud ohtlikkuse astmega inimese elukvaliteedi säilitamine ühiskonnas aktsepteeritavaks peetaval tasandil inimest igapäevaelus vajalike toimingute sooritamisel abistamise kaudu tugevdatud järelvalve ja toetusega hooldusüksuses.

Põhitunnus(ed): suurenenud ohtlikkuse aste iseenesele või ümbritsevatele, keskkonna tugevdatud järelvalve ja toetus

Osa teenuseid on seejuures käsitletavad niisuguse tervikuna, et inimene saab ainult seda teenust (nt. ööpäevaringne hooldamine), osa teenuseid on defineeritud aga nii, et üks isik võib sõltuvalt seisundist ja vajadusest samaaegselt saada paketiina mitut teenust (nt. toetatud elamine + igapäevaelu toetamine; toetatud elamine + töötamise toetamine; toetatud elamine + juhtumikorraldamine vms).

Niisugune teenuste ülesehituse ja osutamise süsteem on esmapilgul võibolla küll veidi keerukas, samal ajal võimaldab see aga valida inimesele just niisuguse teenuse või teenuste paketi, mis kõige enam vastab tema seisundile ja vajadustele.

Teenuste- ja kliendikeskse süsteemi ülesehitamisel ning korraldamisel on üheks põhimõtteliseks küsimuseks ka see, kas finantseerida teenuseid kliendi seisundist sõltuvalt nende asutuste kaudu, kus klient asub või kujundada spetsiifilistele teenustele spetsialiseerinud asutused ja suunata kliendid neisse.

Teenuste kvaliteedi kindlustamiseks ja arenguks ning osutatavate teenuste mahtude optimeerimiseks tuleb kindlasti eelistada teist varianti, st kindla kohtade arvuga spetsialiseerunud üksuste moodustamist.

Järgnevas tabelis on psüühilise erivajadusega inimeste hoolekandeteenused toodud välja üldises teenuste süsteemi kontekstis.

	Üldised avalikud teenused	Seostavad teenused	Toetavad teenused	Eriteenused
Sihtgrupp:	Kogu elanikkond, ilma eranditeta	Inimesed, kes ei suuda või ei oska üldisi avalikke teenuseid kasutada	Inimesed, kellele olemasolevatest avalikest teenustest toimetulekuks ei piisa	Inimesed, kes ööpäevaringse kõrvalabita ohustavad iseennast või teisi
Teenuse tulemus ja/või sisu:	Üldised vajadused on rahuldatud	Iseseisvalt elav inimene on seostatud üldiste avalike teenustega nii, et vajadus toetavate teenuste järgi kaob või on minimaalne	Teenuse pideva osutamise abil saab inimene elada suhteliselt iseseisvalt ja kasutada üldisi avalikke teenuseid	Inimesed elavad institutsioonis, milles on tagatud ööpäevaringne kvalifitseeritud abi ja järelevalve
Teenused:	Haridus- Tööturu- Tervishoiu- Eluaseme-	<ul style="list-style-type: none"> • Juhtumi korraldamine • Rehabilitseerimine 	<ul style="list-style-type: none"> • Toetatud elamine • Toetatud töötamine • Igapäevaelu toetamine • Elamine kogukonnas 	<ul style="list-style-type: none"> • Ööpäevaringne hooldamine • Ööpäevaringne tugevdatud toetusega hooldamine • Ööpäevaringne tugevdatud järelvalvega hooldamine

Hoolekandeteenuste preventiivne süsteem

Moto: *Parem karta kui kahetseda*

Tervishoiu- ja hoolekandesüsteemi ning vastavate teenuste osutamise üldine seaduspärasus on, et millegi ärahoidmine on lõppkokkuvõttes reeglina odavam, kui hilisem suure kõrvalekalde ja/või tagajärgede likvideerimine. Siiski ei realiseeru see seaduspärasus iseenesest ja jääb peamiselt jutu tasandile seni, kuni seda ei toeta vastava süsteemi sisuline ülesehitus. Teisiti öeldes, konkreetset inimest ja ressursse säästev efekt ilmneb ainult siis, kui preventiivne hoiak on sisse ehitatud teenuste süsteemi.

Preventiivse hoiaku juurutamisel hoolekandeteenuste süsteemi on vajalik arvestada, et nõ. preventiivse süsteemi kujundamiseks peavad süsteem tervikuna ja selle elemendid vastama vähemalt järgmistele tingimustele:

- teenused peavad olema järjestatavad kasvavalt toetuse astme järgi
- teenused peavad katma kõik vajaliku ja võimaliku toetuse valdkonnad
- teenuste kättesaamine peab olema seotud inimese seisundi dünaamikaga

Selleks, et neid kolme, nõ peatingimust oleks üldse põhimõtteliselt võimalik täita, peavad omakorda olema täidetud mitmed eel- ja/või kaastingimused, millela ka kõik järgnev pole võimalik. Loetleme neist mõned olulisemad:

- vajalik on kogu valdkonna ja selles esinevate probleemide täpne kirjeldus ning terviklik alusskeem
- kõik süsteemi teenused peavad olema täpselt ja ühetaoliselt defineeritud ning üks teisest selgesti eristatavad
- teenuseid peab olema nii palju, et igale probleemile oleks võimalik leida vähemalt üks sellele vastav teenus
- teenuste süsteem peab toetuma inimese seisundi ja toimetulekuvõime hindamise objektiivsele süsteemile

Ka nende tingimuste täitmiseks on sõltuvalt konkreetse valdkonna keerukusest ja/või selgusastmest omakorda vajalik teha erinevas mahus eeltööd, mistõttu võib ka öelda, et lõpuks välja kujunev teenuste (preventiivne) süsteem on tegelikult ainult nõ jäämäe veepealne osa.

Teenuste preventiivse süsteemi kujundamise näitena võiks tuua kaks mõnevõrra lihtsustatud skeemi, mis ühelt poolt iseloomustavad psüühiliste erivajadustega inimeste hoolekande teenuste süsteemi osas Eestis viimastel aastatel toimunud arenguid ning teiselt poolt on olnud süsteemi arendamise aluseks. Neil skeemidel on psüühiliste erivajadustega inimeste hoolekande teenused toodud seonduvalt Maailma

Tervishoiuorganisatsiooni soovitatud puude tekke skeemiga. Esimesel skeemil on teenuste süsteem, mis Eestis põhijoontes on eksisteerinud paljude aasta(kümne)te jooksul. Erihooldekodude puhul tähistab raster ennekõike valikuvõimalust, mis väljendus selles, et lõppkokkuvõttes sõltuvalt kellegi tahtest võis olla nii ja võis olla ka teisiti. Konkreetsemalt öeldes, tumedam raster osutab sellele, et vastavas seisundis olev inimene sattus üsna kindlasti hooldekodusse, heledamale rastrile vastavas seisundis inimene võis sinna sattuda ja võis ka mitte sattuda.

norm talutav	hälve häire	kahjustus kaotus	talitluslik piirang	võimetus puue	abitus ohtlikkus
--------------	-------------	------------------	---------------------	---------------	------------------

Eriarstiabi					
Erihooldekodu					

Järgmine skeem illustreerib süsteemi, mille kujundamine Eestis algas mõni aasta tagasi ning mis praeguseks on põhijoontes välja arendatud ning ka rakendunud. Antud skeemil tähistab raster ennekõike seda, et vastavas seisundis oleval inimesel on õigus märgitud teenusele ning tumedam raster osutab antud seisundi puhul juhtiva(te)le teenus(t)ele.

norm talutav	hälve häire	kahjustus kaotus	talitluslik piirang	võimetus puue	abitus ohtlikkus
--------------	-------------	------------------	---------------------	---------------	------------------

Eriarstiabi					
Juhtumi korrald.					
Igapäevaelu toet.					
Rehabiliteerimine					
Toetatud elamine					
Toetatud töötamine					
Elamine kogukonnas					
Oöpäevane hoold.					
Tugevdatud toetus					
Tugevdatud järelv.					

Niisuguse süsteemi väljaarendamine ei oleks olnud põhimõtteliselt võimalik, kui sellega poleks kaasnenud inimese seisundi ja toimetulekuvõime hindamise süsteemi põhimõttelist ümberkujundamist. Teadupärast on vastavasisuline tegevus (inimese seisundi ja toimetulekuvõime ning sellest tuleneva abivajaduse hindamine) Eestis aastakümnete jooksul baseerunud meditsiinilis-kliinilisel kompetentsil ja kriteeriumitel ning praktiliselt kõik asjakohased otsustused on tehtud eri aegadel erinevaid nimetusi kandnud arstlike komisjonide poolt. Varasema süsteemi peamiste puudustena võiks ennekõike märkida:

- kitsast (ainult meditsiinilist) kompetentsi, mistõttu vastav süsteem olemuslikult ei suutnud täita temale pandud ülesandeid, ennekõike abivajaduse hindamise ja abi osutamise soovitude osas

- vastutuse ebamäärsust, kuna nii otsustamine kui vastutus olid hajutatud nõrgrühvile inimestele
- suletust ja subjektiivsust, kuna tehtud otsustust oli reaalsuses praktiliselt võimatu vaidlustada

Uue süsteemi kujundamise ning rakendamiseks on püütud nimetatud puudujääke kõrvaldada, muuta kogu süsteemi ja selle lülide tegevus sihi- ja plaanipärasemaks ning vähendada ametnike ja suurendada vahetult inimesega tegelevate inimeste hulka. Süsteemi peamisteks eripäradeks on:

- rakendatakse kirjaliku ekspertiisi meetodit
- rakendatakse tsentraliseeritud hindamist
- inimene puutub vahetult kokku ainult nende lülidega, mis temaga midagi konkreetset teevad
- liiguvad dokumendid aga mitte inimene
- otsustus ja vastutus on konkretiseeritud konkreetse ametniku ja/või arst-ekspertiisi tasandil
- süsteemi on täiendatud uue lüli – rehabilitatsiooniasutusega
- tähtsustunud on perearsti roll üldises süsteemis

Lõpetuseks

Moto: Ise tehtud - kaunikene

Psüühilise erivajadusega inimeste hoolekandest võiks tegelikult kirjutada veel väga palju, samal ajal on alati oht, et kirjutatud saab liiga palju. Seepärast käesoleva raamatu autorid siinkohal lõpetavad ja jätavad ülejäänud ruumi lugeja enese mõtete jaoks vabaks.