

Hea lugeja!

Hoiad enda käes juba üheksandat ja ühtlasi ka selle aasta viimast tervisedenduse teabelehte Tervist. Käesoleva lehe põhiteema on vaimne tervis, selle edendamine ja probleemide ennetamine. Täpsemalt käsitletakse psüühikahäiretega inimestele suunatud erihooletandeteenuseid ja Eestis korraldatud hasartmängu-uuringu tulemusi.

Vaimne tervis on teema, mis jääb füüsilise tervise kõrval sageli teenitamatult tähelepanuta. Ometi puutub selle valdkonna muredega kokku meist enamik ning nii mõnigi ihuhäda on alguse saanud just kõrvade vahelt. Seetõttu on oluline tähelepanu pöörata ka kergetele ja mõõdukatele vaimse tervise probleemidele, just sellistele, mis kimbutavad nii-öelda tavainimesi ja ei kvalifitseeru veel otseselt vaimseks häireks. Ka on elutähtis, milline õhkkond valitseb tööl, koolis või lasteaias – keskkonnas, kus inimene oma päevast suure osa veedab. Novembri lõpul tervist edendavate töökohtade võrgustiku aastakonverentsil esinenud

professor Micheal Drupp presenteeris huvitavaid andmeid Saksmaal läbiviidud uuringust selle kohta, kuidas vaimne õhustik tööl töötajate füüsilist tervist mõjutab. Näiteks kaela- ja seljavalu esineb ülemuse või kolleegidega pingelistes suhetes olevatel töötajatel ca kaks korda enam kui neil, kes oma suhteid ülemuste ja kaastöötajatega heaks hindasid.

Paraku peadib stress ja pinged osade inimeste jaoks kaelavalust tõsisemate tagajärgedega. Euroopa Arengu- ja Koostööorganisatsioon panustab viimaste aastate jooksul üha enam vaimse tervise ja tööturu seoste temaatika uurimisele ja teadusinfo levitamisele, et vähendada inimlike ja majanduslike kaotusi, mida oskamatu lähenemine sellele temaatikale võiks põhjustada. Vaimse tervise probleemidega inimesi tuleb enam kaasata tööle, sest vastupidiselt tavaarvamusele pole mõistlik hoida neid inimesi tööst eemal kuni paranemiseni, vaid töö ja sotsiaalne kaasatus ise parandavad vaimset tervist.

Tervist toob eelkirjeldatud teemadel teieni nii infot OECD kui EL ekspertidelt, tutvustab „Euroopa vaimse tervise ja heaolu pakti“, samuti annab ülevaate ka psüühikahäiretega inimestele suunatud erihooletandeteenustest.

Toome teieni ka infot vaimse tervise riskide poole pealt. Käesoleval aastal korraldati uuring Eesti 15–74aastaste elanike kokkupuute kohta hasart- ja õnnemängudega. Sarnaseid uuringuid on tehtud ka aastatel 2004 ja 2006, kuid sellel aastal vaadeldi mängukäitumist ühiskonnas varasemate uuringutega võrreldes laiemalt. Uuriti, kui palju on probleemse mängukäitumisega inimesi ehk hasartmängusõltuvuse riskirühma kuulujaid, millised hasart- ja õnnemängud on ohtlikumad ehk millist liiki mängude mängijatel on hasartmängusõltuvuse risk suurim.

Teabeleht Tervist soovib kõigile oma lugejatele rahulikku ja lumiseid pühi. Kohtumiseni uuel aastal!

Balti riikide rahvatervise konverents

23.–25. septembril korraldasid Tartu Ülikool, Tervise Arengu Instituut ja Sotsiaalministeerium Tartus Balti riikide rahvatervise konverentsi „Baltic Public Health Conference 2010 – Accomplishments and Challenges“, mille programm koostati koostöös Terviseametiga, Maailma Terviseorganisatsiooni Eesti esinduse, Kaunase Meditsiiniülikooli ja Riia Stradiņši Ülikooliga. Konverentsi eesmärk oli anda ülevaade terviseolukorrast Eestis, Lätis ja Leedus aastal 2010 ning pöörata tähelepanu probleemidele, millega Balti riikide tervishoiusüsteemid kokku puutuvad.

Konverentsil käsitleti seitset põhiteemat: ebavõrdsus tervises, rahvaterviseõppe, tervishoiupoliitika areng, HIV/AIDS, rahvatervisealased praktikad, alkoholist põhjustatud tervisekadu, terviseinfo ja analüüs ning tervisenäitajad.

Tõdeti, et lõhed Euroopa riikide, eriti Ida- ja Lääne-Euroopa piirkondade tervisenäitajate vahel on suured. Arvestatava jälle tervise ebavõrdsusesse on kindlasti jätanud majanduskriisi, mistõttu pöörati konverentsil kõrgendatud tähelepanu just finantskriisiga kaasnevale rahvatervise ja tervishoiusüsteemi probleemidele. Konverentsi avatekande teinud David Stuckler Oxfordi Ülikoolist tõi välja huvitavaid aspekte tervise arengust varasemate

majanduskriisi ajal ja andis omapoolse tõlgenduse arengute põhjuste kohta. Mitte alati ei tähenda majanduskriisi tervisenäitajate halvenemist. See annab alust mõõdukaks optimismiks ka praeguse kriisi puhul. Näiteks 1930. aastate suure depressiooni ajal paranesid USA rahvastiku tervisenäitajad märgatavalt. Siinkohal on oluline mõista, et positiivsed näited ei kinnita majanduskriiside, vaid kaitsvate faktorite head mõju tervisele. Üheks tervise paranemise faktoriks suure depressiooni ajal peetakse karskusliikumist, Soome 90-ndate lama ajal aga jätkus soomlaste eluea tõus suuresti arenenud sotsiaalkaitse toel. Ettekandja rõhutas, et majanduskriis ei pruugi rahvatervisele halvasti mõjuda, kuid seda vaid juhul, kui valitsuse reageering olukorrale on adekvaatne ja tervist arvestav.

Ühe prioriteedina jäi kindlasti kõlama rahvaterviseõppe jätkuv arendamine ülikoolides. Seda ei peeta oluliseks üksnes Eestis, vaid ka teistes Balti riikides ja Venemaal. Näiteks alustas Venemaa sel aastal ametlikult esimese rahvatervise magistriprogrammi ning Läti tutvustas lähemalt rahvatervisespetsialistide väljaõpet ja edasisi samme õppekava arendamisel. On rõõm tõdeda, et Tartu Ülikooli rahvatervishoiu magistriõppekava tähistab sel aastal kokku 82 lõpetanuga juba oma kümnenadat sünnipäeva.

Alkoholialasel sessioonil käsitleti liigtarvitamisega seotud terviseriske. Huvipakkuv oli kuulda naaberriikide kogemustest võitluses alkoholi liigtarbimise vastu. Näiteks kuulutas Leedu 2008. aasta kainuse aastaks, mille tulemusena oli märgata vigastuste arvu vähenemist. Taaskord leidis kinnitust tõsiasi, et alkoholipoliitikal on otsene mõju tervisenäitajatele ning asjakohased initsiatiivid võivad positiivseid tulemusi tuua. Lisaks avanes harukordne võimalus saada põhjalikum ülevaade Venemaa olukorrast, millest enamasti jääb salaalkoholi ja surrogaatide arenenud turu tõttu terviklik pilt tabamata. Kahjuks on Venemaa aga kurb näide sellest, kui suureks võivad probleemid kasvada, kui alkoholipoliitikaga järjekindlalt ja aktiivselt ei tegeleta.

Konverentsi tulemusena kaardistati Balti riikide edusammud ja kitsaskohad. Tõdeti, et osa probleemide poolest on kõik kolm riiki suhteliselt sarnased, samas võiks mõningatel juhtudel teiste õnnestumistest ja ka ebaõnnestumistest kindlasti õppust võtta. Parimate praktikate jagamine ja seeläbi võimalike murekohtade ennetamine aitab edukamalt liikuda teravate probleemide lahendamisel pikaajaliste ja stabiilsete ennetusstrateegiate elluviimisele, sest eesmärk on ju kõigil tegelikult üks – tervemad ja õnnelikumad inimesed.

Vaimne tugi vähihaigetele ja nende lähedastele

Ülle Ilves

Tervise Arengu Instituut, mittenakkushaiguste ennetamise osakond

Euroopa Sotsiaalfondi (ESF) kaasrahastamisel korraldatakse vaimse tervise ja toimetulekukoolitusi vähipatsientidele. Sellel aastal on kavas 9 koolitust vähipatsientide alaliitudes järgmistel teemadel: „Tervisliku toitumise juhised vähipatsientidele“, „Vähipatsientide taastusravi ja võimalused lümfoteerapias“, „Valik teadmisi, mis toetavad vähipatsientide vaimset tervist“, „Psüühikaprobleemide äratundmine ja eneseabi võimalused“, „Loov eneseabi vähipatsientide toimetulekuks ja rehabilitatsiooniks“. Lisaks loengutele toimuvad muusikaterapiaseansid ja joogatunnid.

4.–6. augustini toimus Nelijärvel vähipatsientide tervise- ja koolituslaager, kus osales ligi 150 vähi-

patsienti ja nende tugiisikut. Sellised tervise- ja koolituslaagrid on väga populaarsed suvekooldid, milles osaleda tahtjaid on alati rohkem kui võimalusi. Terviselagris küsiti, millised valdkonnad on lahtirääkimist väärt. Üks teema on õigusvaldkond, mis kindlasti võetakse kavva järgmise tervise- ja koolituslaagri päevakava kokkupanekul. Samuti huvitatakse töölepinguseaduse valgusel puudega inimeste tööerakendamisest, nende õigustest jms.

Vähiliit korraldab juba aastaid vähipatsientide tugiisikute koolitusi. 2010. ja 2011. aasta koolitusi toetatakse ESF-i eelarvest. Vähiliidul on olemas tugiisikute koolitusprogramm, mille järgi nad on

ka eelnevatel aastatel tugiisikuid välja koolitanud. Tugiisiku töö on vabatahtlik. Tihti on tugiisikuks inimene, kes on ise vähi põdenud ja teab kõige paremini vähidiagnoosi saanud inimese tundeid. Tugiisiku abi on vajalik. Ta aitab vähipatsiendil vaimset tasakaalu saavutada ja hoida ning seega ka aktiivset elust kauem osa saada.

Vähipatsientide ja nende tugiisikute koolituste kohta on võimalik teavet saada Vähiliidust telefonil 641 7033.

Koolituste korraldamise peakoordinaator on Vähiliit, kellel on vähipatsientide organisatsioonidega kontakt üle vabariigi ja kes suhtleb vahetult ühingu juhatustega.

Käesolevaks aastaks planeeritud koolitused lõpevad detsembri alguses, kuid jätkuvad juba 2011. aastal peale pühi ESF-i toetusel. Kindlasti on järgmise aasta kavas traditsiooniline tervise ning koolituslaager, mille toimumisaeg ning koht täpsustuvad järgmise aasta kevadtalvel.

Vaimne tervis töökohal

Merike Sisask

ERSI tegevdirektor ja teadur

Vaimse tervise ja heaolu Euroopa pakt

Euroopa Liidu kõrgetasemelisel konverentsil „Üheskoos vaimse tervise ja heaolu nimel“, mis toimus Brüsselis 12.–13. juunil 2008. a, võeti vastu „Vaimse tervise ja heaolu Euroopa pakt“ (eestikeelne tõlge kättesaadav Sotsiaalministeeriumi kodulehel aadressil http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervisepoliitika/Vaimne_tervis/Vaimse_tervise_ja_heaolu_Euroopa_pakt.pdf). Pakt on hea poliitilise tahte selge väljendus, mis seab vaimse tervise ja heaolu kui inimõiguse ning Euroopa Liidu teadmisteühiskonna ja majanduse edu pandi prioriteediks kogu Euroopas. Kuigi pakt ei kohusta liikmesriike astuma otseseid samme vaimse tervise ja heaolu edendamiseks, paneb see siiski esmase vastutuse tegevuste eest selles valdkonnas liikmesriikidele ning julgustab neid panustama vaimse tervise ja heaolu pakti rakendamisse. Pakt kutsub liikmesriike üles tegutsema viies prioriteetses valdkonnas:

- depressiooni ja enesetappude ennetamine
- noorte vaimne tervis ja haridus
- vaimne tervis töökohal
- eakate vaimne tervis
- võitlus häbimärgistamise ja sotsiaalse tõrjutusega.

Käesoleva artikli kontekstis omab tähtsust pakti kolmas prioriteetne valdkond: täiskasvanud elanikkonna vaimne tervis töökohal. Paktis tõdetakse,

et juba tööhõive iseenesest on kasulik nii füüsilisele kui vaimsele tervisele. Teiselt poolt aga on töötajate vaimne tervis ja heaolu tööviljakuse ja innovatsiooni eelduseks. Kaasaegses ühiskonnas on töö kiirus ja iseloom muutunud ning see on kaasa toonud tugeva surve vaimsele tervisele ja heaolule. Stressi ja psüühikahäirete osakaal töölt puudumise ja töövõimetuse põhjusena kasvab ning selle tõttu jääb kasutamata oluline osa töötajate potentsiaalset tööviljakuse suurendamisel. Töökoht on vaimse tervise probleemidega inimeste sotsiaalses integratsioonis kesksel kohal.

Paktis soovitatakse vaimse tervise edendamise põhitegevustena töökohal järgmist:

- töö organiseerituse, organisatsioonikultuuri ja juhtimisvõtete parandamine töökohal vaimse heaolu edendamiseks, sealhulgas töö ja eraelu kokkusobitamine;
- vaimse tervise ja heaolu programmide elluviimine koos selliste olukordade riskihindamise ja -ennetamisega, mis võivad töötajate vaimsele tervisele negatiivset mõju avaldada (stress, väärkohtlemine – vägivald või ahistamine töökohal, alkohol, uimastid), ning varajaste sekkumistegevuste rakendamine töökohal;
- vaimse tervise probleemide või psüühikahäiretega isikute palkamise, töö hoidmise ja tööle naasmise toetamine.

lgas pakti prioriteetses valdkonnas organiseerib Euroopa Komisjon temaatilise konverentsi, millel kooskõlastatakse erinevate huvigruppide (poliitikakujundajad, teadlased, praktikud, teenuse tarbijad, haavatavad grupid) arutelu tulemusena valupunktid ja suundumused. Vaimset tervist töökohal käsitletakse põhjalikult 3.–4. märtsil 2011. a Berliinis toimival konverentsil.

Milline on vaimse tervise olukord töökohal?

Halb vaimne tervis võib mingis eluetapis kimbutada igaüht. Üks neljast inimesest kogeb oma elu jooksul vähemalt üht vaimse tervise probleemi ning meeleoluhäirete (eelkõige depressiooni) levimus täiskasvanud elanikkonna hulgas on 10%. Tõsisemaid psühhootiliste sümptomitega psüühikahäireid esineb harvem, umbes 2%-l elanikkonnast.

Tööhõive avaldab positiivset mõju nii vaimsele kui füüsilisele tervisele. Hea vaimse tervise säilitamine töökohal on eelduseks tööviljakuse kasvule, mis omakorda mõjutab majandustulemusi ja konkurentsivõimet. Kuna suurem osa täisealise inimese ajast on suuremal või vähemal määral seotud tööga (kaugtöö tegijail sageli nn 24/7), siis on vaimse tervise edendamisele suunatud tegevuste kanaliseerimine töökeskkonda igati lootustandev algatus. Töökohal muutuvad nähtavaks nii otseselt tööga seotud vaimse tervise probleemid kui ka need, mille allikas võib peituda mujal. Töö tekitab tänapäeval oluliselt rohkem stressi kui varasematel perioodidel, kuna üha rohkem inimesi on hõivatud esiteks teenindussektoriga, kus on rohkesti potentsiaalselt stressi tekitavat suhtlemist klientidega, ning teiseks kõrgtehnoloogiasektoriga, kus tõeliseks väljakutseks on pidada sammu ülikiirete muutustega.

Tööl puudumine, mille põhjuseks on otseselt või kaudselt vaimse tervise probleemid, on Euroopas suureneva tendentsiga. Üha sagedamini tuuakse varajase pensionile mineku põhjusena välja tööga seotud stressi ja muid vaimse tervise probleeme. Samas on teada, et inimese võimalikult pikaajaline püsimine tööturul suurendab sotsiaalset kaasatust ning aitab edendada eakate vaimset ja füüsilist tervist, samuti ennetada suitsiidiriski.

Vaimse tervise probleemid põhjustavad olulist majanduslikku kahju. Esiteks juba nimetatud tootlikkuse vähenemine, mille põhjuseks on haiguse tõttu töölt puudumine ja varajane pensionile minek. Kuid sellega asi ei piirdu. Isegi kui vaimse tervise probleemiga töötaja on tööl, on tema tööviljakus oluliselt madalam, kui võimed lubaks. Kehva vaimse tervisega inimestel esineb oluliselt sagedamini füüsilise tervisega seotud probleeme: neil on suurem südame-veresoonkonnahaiguste risk ning nende immuunsüsteem on nõrgem ja teeb nad vastuvõtlikuks hooajalistele viirushaigustele. Vaimse tervise probleemidega kaasnevad sageli seletamatud valud, lihaspingeid ja muud ebamääraseid kehalised kaebused. Kui vaimse tervise probleemiga inimene töötab meeskonnas, võib tema võimekuse kahanemine suurendada teiste töötajate töökoormust ning põhjustada pingeid inimestevahelistes suhetes.

Omaette probleem on tõsise psüühikahäirega inimeste tööhõive, mille kohta puuduvad Euroopas täpsed andmed, kuid hinnanguliselt on vaid 10–30% nendest tööga hõivatud. See on oluliselt madalam kui kehalise puudega inimeste tööhõive ning peegeldab psüühikahäirega inimeste erivajadustele vastavate töökohtade puudumist, aga vähemalt osaliselt ka stigmat ja diskrimineerimist, millega psüühikahäirega inimesed tööjõuturul kokku puutuvad.

Vaimse tervise edendamine töökohal

Töökeskonnast ja tööohutusest rääkides on tööandjad oma mõtetes ja prioriteetide seadmisel sageli alles industriaalühiskonnas. Esmajoones peetakse oluliseks töökeskonna mõju füüsilisele tervisele ja tööõnnetuste ennetamist. Kuigi ka vaimse tervise edendamine töökohal algab väikestest asjadest füüsilise töökeskonna kujundamisel – ebamugavustunde vähendamine, mida põhjustavad ülemäärane müra, värske õhu puudumine (sh kokkupuude kemikaalidega), ebamugav temperatuur, halb valgustus, ebaergonoomilised töövahendid (sh kontorilaud ja -tool) – on vaimse tervise puhul esmatähtsad psühhosotsiaalsed riskitegurid. Turvaline töökoht ei ole inimesele pelgalt finantsilise kindlustunde allikas, vaid on seotud identiteedi, positiivse enesehinnangu, kuuluvustunde ja sotsiaalse tunnustusega.

Tegurid, millega tänapäeval seostatakse vaimse tervise ja heaolu madalat taset töökohal, on näiteks töötajate turvatunde vähenemine seoses tähtjalistite lepingutega, töökohustuste hulga suurendamine ilma täiendava tasu lisamiseta, ülekoormus ja ebareaalset lühikesed tähtjad, vähene võimalus osaleda oma töö planeerimisel, mittetoetav ja kaootiline juhtimisstiil, kõrged emotsionaalsed nõudmised töökohal, isolatsioon ning sotsiaalse ja praktilise toe puudumine.

Samas on töötajate vaimse tervise ja heaolu parandamiseks olemas terve rida tööstressi leevendavaid meetmeid nii organisatsiooni kui indiviidi tasandil: läbimõeldud organisatsioonistruktuur ja meeldiv töökeskond, tööülesannete ja püstitatud

eesmärkide selgus, dialoog ja koostöö juhtkonna ja töötajate vahel, meeskonnatöö rakendamine ja selle parem koordineerimine, toetav juhtimisstiil ja töötajate kaasamine otsustusprotsessi, töötajatele vastutuse ja kontrolli andmine oma tööülesannete üle, õiglane ja motiveeriv tasustamine, paindlik töökorraldus (vajadusel kodus töötamise võimaldamine, sobiv vahetuste graafik), võimalus isiklikuks arenguks ja karjääri edendamiseks, tasakaalustatud töö- ja eraelu, iga-aastase puhkuse kasutamine töövõime säilitamiseks ja taastamiseks.

ERSI projektid vaimse tervise edendamise heaks

Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut (ERSI) on viimastel aastatel Eestis alustanud ja ellu viinud mitmeid üleeuroopalisi vaimse tervise edendamisele ja kaitsele suunatud Euroopa Komisjoni (EK) ja Sotsiaalministeeriumi rahastatud projekte: aastatel 2007–2009 EK 6. raamprogrammi projekt ProMenPol (*Promoting and Protecting Mental Health – Supporting Policy Through Integration of Research, Current Approaches and Practice*), 2009. aastal algas 2-aastane EK Leonardo da Vinci projekt T-MHP (*Training for Mental Health Promotion*) ja 2010. aastal 3-aastane EK terviseprogrammi projekt MHPHands (*Mental Health Promotion Handbooks*).

Kõiki neid kolme projekti iseloomustab ühine nimetaja – terviklik lähenemine vaimsele tervisele kogu inimese elukaare jooksul. Käsitletakse laste ja noorte vaimse tervise edendamist koolides, täisealiste vaimse tervise edendamist töökohadel ning eakate vaimse tervise edendamist hooldusasutustes ja päevakeskustes. ERSI vastutada on vaimse tervise edendamine koolides, kuid kogu konsortsiumi ühine sünergia on suunatud kõigi kolme valdkonna arendamisele. Kui projekti ProMenPol käigus koguti kokku ja tehti veebipõhise andmebaasi kaudu laiale avalikkusele kättesaadavaks vaimse tervise probleemide ennetamise ja vaimse tervise edendamise parimad praktikad kogu maailmast, siis projektide T-MHP ja MHPHands käigus valmivad 2011. aastal vaimse tervise edendamise käsiraamatud ning e-õppe ja kontaktõppe koolitusprogrammid. Seejuures on T-MHP suunatud eelkõige sekkumistele organisatsiooni tasandil ning MHPHands sekkumistele üksikindiviidi tasandil. Kõigi kolme projekti kohta on info kogutud ühe katuse alla kodulehele www.mentalhealthpromotion.net, millest ProMenPol veebilehel on olemas ka eestikeelne versioon. Kodulehe külastajatel on võimalik end tasuta registreerida vaimse tervise edendamise portaali liikmeks ning olla kursis kogu Euroopa vaimse tervise edendamise uudistega.

Lisainfot ERSI vaimse tervise edendamise projektide kohta vt www.suicidology.ee.

T-MHP projektijuht Lauraliisa Mark
MHPHands projektijuht Zrinka Laido

Suured asjad saavad alguse väikestest

Iga inimese ja kogu rahva tervis muutub paremaks sellest päevast, kui inimene võtab vastutuse oma terve olemise eest enda peale. Seni, kuni on levinud hoiak – teen, mida tahan, söön ja joon, mida tahan, liigun nii palju (loe: vähe), kui tahan; arstid, haigekassa ja ravimid on selleks, et korda teha seda, mida mina ise olen oma mõtlemise ja käitumisega ära rikkunud – on meie rahva tervis halb. Seni, kuni keskendume haigusega tegelemisele, mitte terve olemisele, tõmbame haigust ligi.

- Sinu elu on üks tervik – hoia selles tase-kaalu.
- Anna tööd mõlemale ajupoolkeral – ela mõistuse ja tunnetega.
- Ole regulaarselt füüsiliselt aktiivne, eriti kui sul on istuva eluviisiga töö.
- Söö mõistlikult ja naudinguga.
- Tee asju, mida sulle meeldib teha.
- Jäta tegemata asjad, mida sulle ei meeldi teha.
- Kui on vaja teha asju, mida sulle ei meeldi teha, siis muuda oma hoiakut nende suhtes.
- Tee iga päeva alustuseks ja lõpetuseks midagi meeldivat.
- Ära kogu endale stressi tekitavaid 'hunnikuid'.
- Kui 'hunnik' on tekkinud, jaga see pismateks portsudeks ja likvideeri need ükskhaaval.
- Sea omaale realistlikud ülesanded ja tähtajad.
- Vahel on ka piisavalt hea väga hea.

Kasutatud kirjandus:

1. Barry, M. M., Jenkins, R. (2007). Implementing mental health promotion. Churchill Livingstone, Elsevier: Oxford
2. McDaid, D. (Ed). (2008). Mental Health in Workplace Settings. Consensus paper. Luxembourg: European Communities
3. Yur'yev, A., Leppik, L., Tooding, L. M., Sisask, M., Värnik, P., Wu, J., Värnik, A. (2010). Social inclusion affects elderly suicide mortality. International Psychogeriatrics, 22(8): 1337–43
4. Yur'yev, A., Värnik, A., Värnik, P., Sisask, M., Leppik, L. (2010). Employment status influences suicide mortality in Europe. International Journal of Social Psychiatry (ilmumas)



Töö parandab vaimset tervist

Triinu Täht

Sotsiaalministeerium, rahvatervise osakonna peaspetsialist

Läinud kevadel korraldas Euroopa Arengu- ja Koostööorganisatsioon (OECD) vaimse tervise alase ekspertkohtumise, mis pakkus harvanähtavalt kõrgetasemelisi ettekandeid ja värsket teadusinfot vaimse tervise ja tööturu suhete kohta.

Kogu üritust läbivate mõtetena jäid kõlama vajadus pöörata senisest enam tähelepanu kergetele ja mõõdukatele vaimse tervise probleemidele, mis kimbutavad nii-öelda tavainimesi ja ei kvalifitseeru veel otseselt vaimseks häireks või puudeks, ning vajadus kaasata vaimse tervise probleemidega inimesi enam haridus- ja tööellu. Vastupidiselt tavaarvamusele ei ole mõistlik hoida vaimse tervise probleemidega inimesi tööst eemal kuni täieliku paranemiseni, kuna töö ja sotsiaalne kaasatus ise parandavad vaimset tervist ning isoleeritus, mida töölt eemalolek toob, annab haigusele ainult jõudu juurde. Analüüsiti nii töökohtade kui haridussüsteemi ees seisvaid ülesandeid selliste inimeste toetamisel, kuid ka riiklike toetuste ja haiguspäevade kompenseerimise reeglite mõju. Kahe päeva jagu sisukate ettekannetega ja teiste huvitavate materjalidega saab tutvuda OECD temaatilisel veebilehel (www.oecd.org/els/disability).

Siinkohal võiks ka lõpetada, kui poleks üht erakordset ettekannet, mis kindlasti teabelehe Tervist lugejaga jagamist väärib ja mille tegi Suurbritannia Tervisekindlustuse regionaalne kvaliteedidirektor Rachel Perkins. Tähelepanuväärne on juba Rachel Perkinsi isiksus. Kui moderaator oli tema esinemise sissejuhatajaks lugenud üles naise kõlava ametinimetuse ja akadeemilised saavutused, võttis proua Perkins hoogsalt otsustavusega jutujärje üle: „Mark, sa vist unustasid midagi! Nimelt, olen juba

pea kakskümmend aastat põdenud bipolaarset meeleoluhäiret. Ah õige, sellest me ju tavaliselt ei räägi!“ Säravat ja otsusekindlat naist jälgiv publik oli kahtlemata jahmunud, kuid ettekandja seletas sundimatult edasi, kuidas just sellised vaikumised iseloomustavad hästi ühiskonnas valitsevat stigmat, mis vaimse tervise probleemidele kehtib: tee-me näo, et seda pole olemas, kuni see on võimalik. Selline suhtumine jätab aga inimesed vajaliku abi või toeta ning surub nad ühiskonna äärealadele. Esimene barjäär ühiskonnas, mis tuleb murda, ongi arusaamine, et inimene peaks ennast „korda tegema“, enne kui teiste sekka tuleb. Probleem on selles, et vaimne tervis pole reieluu, mis on kas katki või terve, häired kipuvad inimesi kimbutama lainetena ja kindlust ses osas, kas ja millal probleem uuesti võib kerkida, ei saa keegi anda. Teiseks on õige töö õigetes tingimustes ise hea ravim ja kolmandaks ei erine vaimse tervise probleemidega inimesed ses suhtes teistest, et mida kauem töölt ära olla, seda raskem on tagasi tulla.

Paraku peljatakse vaimse tervise probleemidega inimesi tööle võtta. Üks teine ettekandja samalt ürituselt tutvustas uuringut, mille kohaselt tööandjad palkavad pigem intellektipuudega kui depressiooniga inimesi. Rachel Perkins tõi aga välja andmed, et need tööandjad, kel on varasem kogemus mingi meeleoluhäire või muu vaimse tervise probleemiga inimese palkamisel, on palju positiivsema suhtumisega ning nõus ka edaspidi probleemidega inimesi tööle võtma. Oma aastatepikkusest kogemusest patsientide tööleaitamisel tõi ta välja vajaduse mõista tööandjat ja tema hirme ning neid adekvaatselt maandada.

Tööandjad ei ole diplomiga psühholoogid ega kasuta selliseid sõnu nagu impulsikontroll või bipolaarne meeleoluhäire. Nad küsivad: „Mis ma saan teha, et tal katus ära ei sõidaks?“ või: „Kui ta mul siin imelikult läheb, kas ma võin ta teile tagasi saata?“ Kui auditoorium sellise näite peale kerge üleolekuga naerma puhkes, tõi Perkins publiku maa peale tagasi – see, mida tööandja tegelikult tahab, on võimalus asjatundjaga konsulteerida, kui ta ise enam hakkama ei saa. „Te ei kujuta ette, kui palju töökohti on ühe telefoninumbri taga!“ kinnitas Perkins ja saalisistujad tundsid end nagu Newton, kes värskelt õunaga obaduse saanud.

Hirme on ka patsiendil, rõhutas Perkins, ning sotsiaalset, mitte ainult meditsiinilist tuge on vaimse tervisehädaga inimeste palkamisel vaja nii töötajale kui tööandjale. Väga kriitiline oli Perkins n-ö kaitsitud töökohtade suhtes, mis ainult probleemidega inimeste palkamiseks riigi toel loodud ja mõeldud hüppelauaks n-ö päristöökohtadele. „Mul on sellest süsteemist isiklik kogemus ning ma pean ütleva, et ma nägin seal oldud aja jooksul rohkem inimesi suremas kui päris tööd saamas!“, kirjeldas Perkins sellist süsteemi. Usk, et patsient tõesti suudab töötada ka päris tööturul, on paranemiseks ja tööturul edenemiseks väga vajalik. Veel rõhutas Perkins, et inimese võime tööturul toime tulla on väga individuaalne ning pole otseselt seotud tema diagnoosi või selle raskusastmega, efektiivne tugisüsteem peab arvestama iga inimese isikupäraga.

Sel suvel omistati Rachel Perkinsile rüütlikeisus, sügisel anti talle prestiižikas Champion of the Mind auhind. Ta juhib organisatsiooni, mille eelaru on sadu miljoneid naelu, teeb teadustööd, esineb ettekannetega kõikjal maailmas, tänu temale on töö leidnud tuhandet inimest. Ta on elav näide selle kohta, et vaimse tervise probleem ei ole takistuseks normaalsele elule ega isegi suurtele saavutustele.

Joonisel 1 on näha, et võrreldes sajandi algusega on psüühika- ja käitumishäirete esmashaigusjuhtude arv suurenenud.

Joonisel 2 võib alkoholisõltuvuses näha väikese langustrendi 2008. aastal. Samas on sõltlasi jätkuvalt rohkem kui sajandi alguses.

Joonisel 3 võib välja lugeda, et võrreldes paarikümne eelneva aastaga on suitsiidide arv vähenenud. Samas on alates 2009. aastast taas märgata tõusutrendi.

2008. aasta Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu tulemusena selgus, et viimase 30 päeva jooksul oli palju rohkem masendunud kui varem 5,7% küsitletud meestest ja 6,5% naistest, mõnevõrra rohkem masendunud 13,2% meestest ja 15,5% naistest. Küsitletud meestest 41,9% arvas, et pole viimase 30 päeva jooksul masendust tundnud. Vastav osakaal naiste seas oli vaid 36,3%. (2). Tuleb muidugi arvestada, et nimetatud uuring põhineb inimeste enda hinnangul. Nii või teisiti on tulemus murettekitav.

Eesti inimeste vaimne tervis ja sekkumised vaimse tervise edendamiseks

Maris Leimann

Sotsiaalministeeriumi rahvatervise osakonna peaspetsialist

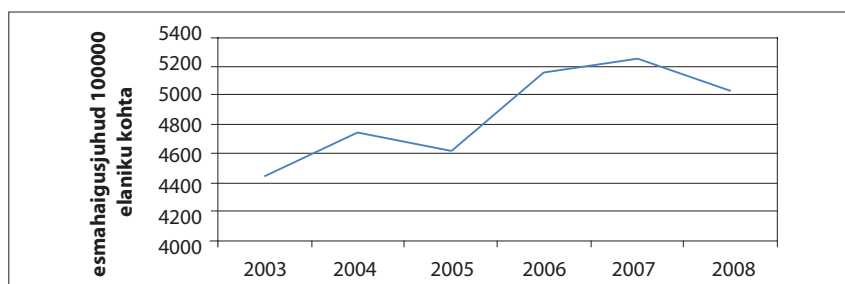
Keerulise majandusliku olukorra taustal on sagenenud mitmesugused psüühilised häired, eelkõige depressioon. Kahtlemata on ka tänapäeva kiiresti muutuv ühiskond ärevuse ja mitmesuguste psüühiliste häirete sagenemise põhjuseks.

2008. aastal registreeriti Eestis psüühiaatri vastuvõtul esmashaigestumisenähtude rohkem järgmisi psüühika- ja käitumishäireid: depressioon, korduv depressioon, obsessiiv-kompulsiivne häire, sõltuvus, narkootiliste ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired (TAI tervisestatistika

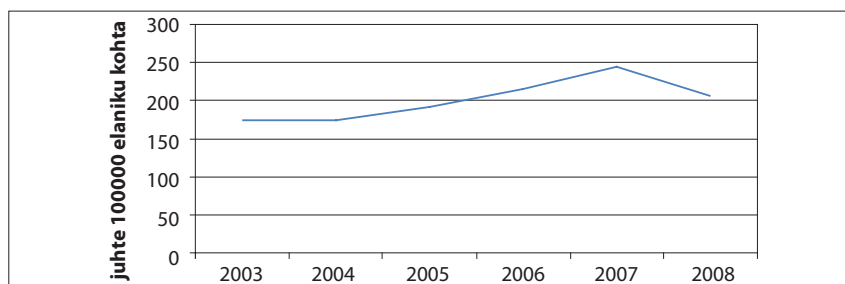
ja terviseuuringute andmebaas).

Ühelt poolt on kindlasti oluline sekkumine ja toetamine riiklikul tasandil, alustades sotsiaalkindlustussüsteemiga ja lõpetades üleriigiliste kampaaniatega. Teiselt poolt on praktikad näidanud, et tervise, k.a vaimse tervise edendamisel annavad olulist efekti ka sekkumised paikkondlikul tasandil (1).

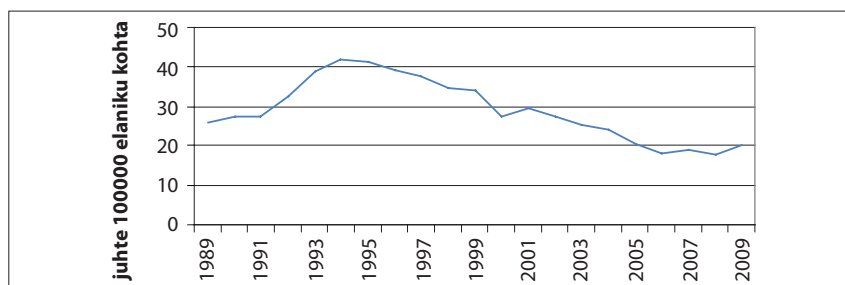
Ettekujutuse saamiseks psüühika- ja käitumishäirete praegusest olukorrast ja trendidest Eestis on alljärgnevalt esitatud mõned graafikud.



Joonis 1. Psüühika- ja käitumishäired (F00-F99), esmahaigusjuhud 100 000 elaniku kohta (TAI tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas)



Joonis 2. Alkoholisõltuvus, esmahaigusjuhud 100 000 elaniku kohta (TAI tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas)



Joonis 3. Suitsiidid 100 000 elaniku kohta (Statistikaamet)

Erinevate riikide suitsiidiprogrammidel on oluline ühisosa. Programmid raames toimuvad sekumised jagatakse primaarseks, sekundaarseks ja tertsiaarseks.

Esmatasandi preventsiiooni alla loetakse järgmised sekumised:

- vaimse tervise alased koolitusprogrammid kogukonnale ja töökohtades;
- vaimse tervise alased programmid üldhariduskoolides;
- tervishoiuspetsialistide vaimse tervise alane koolitus ja seeläbi nende võimestamine;
- psühholoogilise abi saamise võimaluste suurendamine kogukondlikul tasandil;
- massimeedia kaudu vaimse tervise kohta info levitamine;
- töötust puudutav sotsiaalpoliitika ja töötingimused (3).

Psüühilised häired ja suitsiidid on oluliseks probleemiks mitte ainult Põhja-Euroopas ja endistes NSVL riikides. Jaapanis on suitsiidide kõrge tase aastakümneid probleemiks olnud (4). Seetõttu on selles piirkonnas suitsiidide ennetamisega ka aktiivselt tegeletud. Jaapani teatud kogukonna suitsiidide ennetamise programmi olulisteks osadeks olid

kohalike kokkusaamised. Inimestele anti võimalus kogukonna vaimse tervise probleeme koos arutada. Samuti pakuti elanikele vaimse tervise teemalisi tasuta loenguid. Ühe tegevusena arendati ka kohalike kliinikutega ning vaimse tervise tegelevate spetsialistide vahelisi suhteid (3, 4, 5). Sekkumiste tulemusena vähenes Jaapani kõige kõrgema suitsiidisagedusega piirkonnas juhtumite arv nelja aasta tegevuste tulemusena 27% võrra (4).

Sellised sekumised on olulised, et luua ja tugevdada suhteid kogukonna liikmete vahel. Seeläbi toimub ka kogukonna võimestumine. Meeles tuleks pidada, et psüühiliste häirete üks olulisi riskitegureid on eraldatus (3).

Ennetuse seisukohast on väga oluline ka töökeskkond. Seda esiteks seetõttu, et suur osa inimestest veedab töökohas olulise osa oma ajast. Teiseks seetõttu, et töökohas on lihtne inimest ennetustegevusse kaasata.

Ühe võimaliku sekkumistegevusena on kirjeldatud töötajate vaimse tervise alast harimist, hõlmates seejuures ka suitsiiditeemat. Taolise koolituse juures peetakse oluliseks juhtumianalüüsi ehk teatud kriisisituatsioonide läbiarutamist.

Kui tavaliselt registreeritakse töökeskkonnas füüsilise vigastusega lõppenud juhtumeid, siis soovituslik on suhtuda sama tõsidusega ka psüühilisi vigastusi

põhjustanud sündmustesse. Töötajatel võiks olla võimalus neid sündmusi jagada professionaaliga, näiteks töötervishoiuarstiga.

Samuti on soovitatud teha töökohal vaimse tervise riskianalüüsi. Selle käigus kaardistatakse kõik ohud, mis vaimset tervist mõjutada võivad. Samas antakse neile ohtudele ka riskihind, mille alusel otsustatakse, kas mingeid töökeskkonna tingimusi on vaja muuta.

Töökeskkonnas, kus töötab psüühilise häirega inimene, on tööandjatel soovitatud jälgida, kuidas kulgeb töötaja ravi, kas esineb tagasilööke. Töötaja vaimse tervise halvenemisel võiks tööandja analüüsida töökeskkonna tingimusi ja vajaduse korral teha tervislikku seisundit arvesse võttes muudatusi (6).

Tooksin ühe näite ka sekkumisest perearstide tegevuse kaudu. Nimelt kaasati Sloveenia projekti korras valitud perearstid vaimse tervise teemalisele koolitusele, kus jagati teoreetilisi teadmisi depressiooni ja suitsiidi kohta ning käsitleti depressiooni ravijuhiseid. Koolitusele järgnesid töötavad, kus analüüsiti erinevaid elulisi juhtumeid. Sekkumise tulemusena avastasid koolitatud perearstid depressiooni sagedamini. Samuti peeti positiivseks seda, et koolitusprogrammi läbinud perearstid määrasid patsientidele sagedamini kombineeritud ravi (7).

Eespool kirjeldatust lähtuvalt võib kokkuvõtvalt öelda, et vaimse tervise edendamisel on oluline inimeste teavitamine ja harimine. Kogukondlikul tasandil sekkumine on oluline, kuna psüühiliste häirete üks riskitegur on inimese eraldatus ühiskonnast.

Kasutatud kirjandus ja allikad:

1. Drabick, D. A. G., Baugh, D. A community-based approach to preventing youth violence: what can we learn from playground? Prog Community Health Partnersh. 2010; 4: 189–196.
2. Tekkel, M., Veideman, T., Rahu, M. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, 2008. Tervise Arengu Instituut, 2009.
3. Motohashi, Y., Kaneko, Y., Sasaki, A. Community-based suicide prevention program in Japan using a health promotion approach. Environmental Health and Preventive Medicine 2004; 9: 3–8.
4. Ono, Y., Awata, S., Iida, H., et al. Community-based suicide prevention program in Japan using a health promotion approach. J Med 2004; 53: 1–6.
5. Ono, Y. Suicide prevention program for the elderly: the experience in Japan. Keio J Med 2004; 53 (1): 1–6.
6. Takeuchi, T. Matrix analysis and risk management to avert depression and suicide among workers. BioPsychoSocial Medicine 2010; 4: 15.
7. Rožkar, S., Podlesek, A., Zorko, M. Effects of training program on recognition and management of depression and suicide risk evaluation for Slovenian primary care physicians: follow-up study. Croat Med J. 2010; 51: 237–42.

Erihoolekandeteenused – sotsiaalteenused psüühikahäirega inimestele

Maarja Kraiss

Sotsiaalministeeriumi hoolekandeosakond

Mis on erihoolekandeteenused ja kellele need on mõeldud?

Sotsiaalteenused on isiku või perekonna toimetulekut soodustavad mitterahalised toetused, mida on kirjeldatud sotsiaalhoolekande seaduses. Mõned nendest teenustest on mõeldud kõikidele inimestele, mõned ainult lastele, mõned peamiselt eakatele ning on teenuseid, mis on loodud eesmärgiga toetada puuetega inimeste igapäevast toimetulekut. Erihoolekandeteenused on mõeldud psüühikahäirega inimestele. Psüühikahäirega inimeste hulka kuuluvad nii vaimse alaarengu kui ka vaimse haigusega inimesed (teenusekasutajate tervise seisundi põhidiagnoosidena saab välja tuua vaimset alaarengut, skisofreeniat, skisotüüpseid luululisi häireid).

Kuigi erihoolekandeteenused on mõeldud psüühikahäirega inimestele, ei vaja neid kõik psüühikahäirega inimesed. Sotsiaalkindlustusameti (edaspidi SKA) andmeil on 2010. aasta 1. jaanuari seisuga määratud psüühikahäire tõttu puue ~21 000 inimesele, kuid erihoolekandeteenuseid vajab neist hinnanguliselt 7000.

Erihoolekandeteenused on igapäevaelu toetamise teenus, töötamise toetamise teenus, toetatud elamise teenus, kogukonnas elamise teenus ja ööpäevaringne erihooldusteenus. Koduses keskkonnas elamist soodustavateks teenustest peetakse neist nelja esimest. Ööpäevaringne erihooldusteenus on inimestele, kes vajavad rohkem hooldamist, arendamist ja ka järelevalvet. Ööpäevaringset erihooldusteenust osutatakse ka sügava liitpuudega inimestele, ebastabiilse remissiooniga psüühikahäirega inimestele ja kohtumääruse alusel suunatutele.

Mis on erihoolekandeteenuste eesmärk?

Erihoolekandeteenuste eesmärk on inimese iseseisva toimetuleku arendamine ja tegevuste juhendamine. Inimene peaks ise maksimaalselt panustama oma igapäevaelu tegevustesse ning teda juhendatakse ja aidatakse tema vajaduste järgi.

Kas erihoolekandeteenuseid saaval inimesel on õigus saada ka teisi sotsiaalteenuseid?

Loomulikult. Erihoolekandeteenuse sisu on inimeste toetamine või hooldamine, mis moodustab peamise osa erihoolekandeteenuse saaja vajadusest. Kui aga psüühilise erivajadusega inimesel on muu abivajadus, siis osutab talle abi vastavalt tavapärasele korrale asjaomane asutus. Näiteks kui

erihoolekandeteenuseid kasutav inimene vajab eestkostet, korraldab seda kohalik omavalitsus. Kui erihoolekandeteenuseid kasutav inimene vajab teenuseid või toetusi lisaks riiklikele teenustele, korraldab kohalik omavalitsus abi vajava puudega inimese toimetuleku sotsiaalteenuste osutamise, sotsiaaltoetuste maksmise, vältimatu sotsiaalabi ja muu abi osutamise teel. Näiteks võib toetatud elamise teenust saav inimene vajada toimetulekutoetust või sotsiaalnõustamise teenust.

Kes rahastab erihoolekandeteenuste osutamist?

Erihoolekandeteenuseid rahastatakse riigieelarvest SKA eelarve kaudu – SKA tasub arvete alusel teenuseosutajatele osutatud teenuste eest (maksimaalse riigipoolse osaluse kehtestab Vabariigi Valitsus määrusega). Kogukonnas elamise teenuse ja ööpäevaringse erihooldusteenuse puhul peab inimene ise maksma toidu ja majutuse eest. Kui inimesel pole piisavalt vahendeid omaosaluse eest tasumiseks, saab ta taotleda puudujääva osa hüvitamist SKA-st.

Kuidas saada erihoolekandevaldkonnas teenuseosutajaks?

Erihoolekandeteenuse osutajal peab olema iga teenuse osutamiseks tegevusluba, mille väljastab SKA. Tegevusloa omamisega tõendab teenuseosutaja, et ta vastab nii tervisekaitse- kui ka tuleohutusnõuetele, et tal on piisav arv asjakohase väljaõppega töötajaid jne.

Kui palju inimesi erihoolekandeteenuseid kasutab?

Erihoolekandeteenuste osutamine on viimastel aastatel järjepidevalt kasvanud. Kui 2003. aastal osutati aasta jooksul teenuseid peaaegu 4500 inimesele, siis 2008. aastaks oli see arv tõusnud 5200-le (kasv 16%). Kasv on eelkõige toimunud toetavate erihoolekandeteenuste arvel. Kui veel 2003. ja 2004. aastal sai üle poole teenusekasutajatest ööpäevase hooldamise teenust (52–53%), siis viimastel aastatel on nende osatähtsus langenud 48–49 protsendile. Levinumaks toetavaks teenuseks on igapäevaelu toetamise teenus ning pidevalt on suurenenud nii selle teenuse kasutajate arv kui ka osatähtsus erihoolekandeteenuste kasutajate koguarvus. Kui 2003. aastal kasutas igapäevaelu toetamise teenust kolmandik erihoolekandeteenuste saajatest, siis 2008. aastaks oli selle teenuse saajate osatähtsus kasvanud 40 protsendile kõigist teenusekasutajatest. Igapäevaelu toetamise teenuse kasutajate arv suurenes

sellel ajavahemikul 35% (Tervis, töö- ja sotsiaalelu 2000–2008, Sotsiaalministeerium 2009).

Mis on erihoolekandeteenuste puhul oluline?

Psüühilise erivajadusega inimeste hoolekande arendamises tuleb väärtustada sotsiaalset integratsiooni. Sotsiaalse integratsiooni tagamise põhisuundumus on toetavate teenuste eelisarendamine, et inimene saaks elada tavapärase elukeskkonnas võimalikult kaua. Samuti on oluline teenusesaajate kodusarnaste elutingimuste loomine, et nende sotsiaalne integratsioon oleks paremini tagatud.

Toetavate teenuste kasutajate arv on kasvanud:

- igapäevaelu toetamise teenus: 2008. aastal 2071 inimest (2004 -> 1525);
- töötamise toetamise teenus: 2008. aastal 548 inimest (2004 -> 511);
- toetatud elamise teenus: 2008. aastal 707 inimest (2004 -> 565).

Hoolekandeasutuses osutatakse kogukonnas elamise teenust ja ööpäevaringset erihooldusteenust. Oluline on, et teenuse osutamise koht sarnaneks kodule. **Hoolekandeasutuses teenuste osutamisel tuleb arvestada, et inimene peab teenust kasutades saama kontrollida oma olukorda ja elukorraldust.** Selle põhimõtte rakendamine eeldab eelkõige psüühilise erivajadusega inimesesse suhtumise muutmist. Hooldekodule on omane olukord, kus teenust saava inimese elu kontrollib personal ning inimese enda vastutus ja otsustusõigus oma igapäevaelu toimingutes on minimaalne (Sotsiaalhoolekande seaduse, puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seaduse ja nende nendega seonduvate seaduste muutmise seaduse seletuskiri 2008, www.sm.ee).

Nii nagu on suurenenud koduses keskkonnas elamist toetavate teenuste kasutajate arv, on suurenenud on hoolekandeasutustes osutatavate teenuste kasutajate arv:

- kogukonnas elamise teenus: 2008. aastal 49 inimest (2004 -> 32);
- ööpäevaringne erihooldusteenus: 2008. aastal 2583 inimest (2004 -> 2443).

Kuidas saada erihoolekandeteenust?

Üldjuhul peab erihoolekandeteenust saada soovijal olema koostatud **rehabilitatsiooniplaan**. Rehabilitatsiooniteenuse osutamise käigus hinnatakse inimese tugevusi ja vajadusi ning antakse soovitusi

Psüühikahäirega isikutele pakutavad teenused:

Igapäevaelu toetamise teenuse eesmärk on isiku parim võimalik iseseisev toimetulek ja areng igapäevaelu toimetulekuoskuste ja tööoskuste kujundamise ning isiku lähedaste ja isikuga koos elavate isikute nõustamise kaudu.

Töötamise toetamise teenuse eesmärk on juhendada ja nõustada isikut sobiva töö otsimise ning töötamise ajal. Toetatud elamise teenus on isiku sotsiaalse toimetuleku ja integratsiooni toetamine temale eluruumi kasutusse andmise võimaluse loomise kaudu koos juhendamisega majapidamise ja igapäevaelu korraldamises.

Kogukonnas elamise teenuse sisuks on peresarnase elukorralduse loomine eesmärgiga suurendada isiku iseseisvat toimetulekut ja arendada igapäevaelu tegevuste korraldamise oskusi ühistegevustes osalemise kaudu.

Ööpäevaringne erihooldusteenus on isiku ööpäevaringne hooldamine ja arendamine. Sihtgrupina eristatakse muu hulgas sügava liitpuudega inimesi, ebastabiilse remissiooni-ga inimesi ja kohtumääruse alusel suunatud inimesi.

edasiseks teenuste osutamiseks. Sellest eeldusest tulenevalt peavad kõik erihooldekandeteenuseid taotlevad inimesed (välja arvatud igapäevaelu toetamise teenusele ja ööpäevaringsele erihooldusteenusele kohtumääruse alusel suunamise korral) olema eelnevalt saanud rehabilitatsiooniteenust. Igapäevaelu toetamise teenusele suunamiseks ei ole inimesel vaja rehabilitatsiooniplaani, piisab eriarsti saatekirjast. Kohtumääruse alusel ööpäevaringsele erihooldusteenusele suunamiseks teeb kohus vastavasisulise otsuse ning inimene ei pea olema saanud rehabilitatsiooniteenust.

Kui inimene soovib taotleda mõnda erihooldekandeteenust, peab ta esitama SKA-le taotluse koos vajalike dokumentidega konkreetse teenuse saamiseks. Teenuse saamiseks väljastab SKA inimesele suunamisotsuse või teate järjekorda võtmise kohta.

Täpsema info saamiseks võib pöörduda omavalitsuse sotsiaaltöötaja või Sotsiaalkindlustusameti juhtumikorraldaja poole. Juhtumikorraldajad töötavad 6 piirkonna pensioniametis (Tallinnas, Tartus, Pärnus, Rakveres, Valgas ja Haapsalus).

Eesti 15-74aastaste elanike kokkupuude hasart- ja õnnemängudega

Pille-Riin Kaare Hasartmängusõltuvuse Nõustamiskeskus

TNS Emor korraldas käesoleval aastal Hasartmängusõltuvuse Nõustamiskeskuse (HNK) eestvedamisel ja korraldusel uuringu Eesti 15–74aastaste elanike kokkupuute kohta hasart- ja õnnemängudega. Uuringut finantseeris Vabariigikogu, mida rahastavad Norra, Island ja Liechtenstein Avatud Eesti Fondi vahendusel ning uuringupartnerid olid Sotsiaalministeerium ja Rahandusministeerium.

Riikides, kus hasartmängimine on legaalne ja kättesaadav, on aastaid olnud hea tava teha uuringuid hasartmängimise levikust ja selle võimalikest negatiivsetest tagajärgedest. Soovides olla vastutustundlik ja sekkuda võimaliku probleemi levikusse enne „epideemia“ puhkemist, on ka Eestis inimeste mängukäitumist uuringute kaudu järjepidevalt jälgitud – aastatel 2004, 2006 ja 2010. Sel aastal soovisime vaadelda mängukäitumist ühiskonnas varasemate uuringutega võrreldes laiemalt. Tahtsime teada, kui palju on probleemse mängukäitumisega inimesi ehk hasartmängusõltuvuse riskirühma kuulujaid, millised hasart- ja õnnemängud on ohtlikumad ehk millist liiki mängude mängijatel on hasartmängusõltuvuse risk suurim. Tuginedes nõustamiskeskuse töökogemusele otisisime vastust – kas ja mil määral on lapsepõlve mängukäitumine, ka arvutis mängimine, hilisemas elus mängusõltuvuse riskiteguriks.

Kolmest Eesti elanikust kaks on mänginud hasart- ja õnnemänge raha peale.

Hasart- ja õnnemänge on pärast 15. eluaastat raha peale mänginud 65% Eesti 15–74aastastest elanikest (ehk ca 675 000 inimest).

Enimmängitavad hasart- ja õnnemängud on loteriid ja kiirloteriid – neid on mänginud 60% mängijatest, järgnevad loosimised (31%), kasiinomängud (14%) ja kaardimängud (13%). Pisut enam kui pooled (52%) mängijatest ehk kolmandik Eesti 15–74aastastest elanikest (34% ehk 351 000 inimest) on seejuures mänginud kaughasartmänge*. Regionaalselt eristuvad keskmisest enam Lõuna-Eesti, Tartumaa ja Jõgevamaa elanikud ning maaelanikud.

* *Kaughasartmäng on hasartmängude korraldamise viis, kus mängu tulemus selgitatakse elektroonilisel seadmel ja mängija saab mängus osaleda elektroonilise sidevahendi, sealhulgas telefoni, interneti ja ringhäälingu vahendusel.*

Uuringu põhjal võime öelda, et tüüpiline hasart- ja õnnemängija on noor või keskealine (15–49aastane) pigem keskmisest kõrgema sissetuleku ja ame-

tipositsiooniga mees, aga ka õpilane-üliõpilane (51% nendest on mänginud kaughasartmängel). Kaughasartmängijate lisandumine ongi muutnud varasemate uuringutega võrreldes kogu hasart- ja õnnemängude mängijaskonna nooremaks ja haritumaks, samuti Tallinna-kessemaks.

Hasartmängusõltuvuse riskirühma kuulub 13% mängijatest.

Hasartmängusõltuvuse riskirühma, s.o inimesed, kes on kogenud mängimisest tingitud probleeme, kuulub 8% elanikkonnast ja 13% mängijatest (88 tuhat inimest). Rõõmustav on, et võrreldes 2006. aasta analoogse uuringuga ei ole hasartmängusõltuvuse riskirühma kuuluvate inimeste arv tänaseks mitte kasvanud, vaid kahanenud 10%-lt 8%-le. Negatiivse poole pealt on aga riskirühma kuulujate seas probleemid ajaga süvenenud. Kõik suure hasartmängusõltuvuse riskiga mängijad ja ligi pooled keskmise riskiga mängijatest on kunagi mängimiseks või mänguvõla tasumiseks raha laenanud või võtnud. Võrreldes 2006. aastaga on raha laenanud või võtnud mängijate osakaal nendes riskirühmades kahekordistunud. Mängimiseks või mänguvõla tasumiseks laenatakse või võetakse raha peamiselt sugulastelt-tuttavalt ja jooksvatest elamiskuludest. Kui 2006. aastal võtsid hasartmängusõltuvuse riskiga mängijad raha mängimiseks eelkõige jooksvate elamiskulude arvelt, siis praeguseks on selle kõrvale väga jõuliselt kerkinud laenamine sugulastelt-tuttavalt. Mida suurem on hasartmängusõltuvuse risk, seda enamatest allikatest mängimiseks või mänguvõla tasumiseks raha laenatakse või võetakse – lisaks juba nimetatud allikatele ka pangast, oma abikaasalt/ elukaaslaselt, laenukontorist (kiir- ja SMS laenu), müüakse või panditakse isiklikke või perekonna väärtesemeid või vara.

Hasartmängusõltuvuse riskirühma kuuluvad keskmisest sagedamini 15–49aastased mehed, aga ka õpilased-üliõpilased. Siinkohal saame välja tuua ka erinevate hasart- ja õnnemänguliikide ohtlikkuse hasartmängusõltuvuse riski seisukohalt. Kuigi loterii on enim mängitav hasart- ja õnnemäng, on võrreldes teiste mänguliikidega ainult loteriimängudes osalejate seas kõige vähem hasartmängusõltuvuse riskiga mängijad. Hasartmängusõltuvuse risk on suurim kasiinomängijate ja nende kaughasartmängude mängijate hulgas, kes teevad panuseid ja sõlmivad kihlvedusid spordiennustustes ning mängivad aktsia- ja valuutaturgudel (siinkohal on mõeldud vastavaid on-line veebiturge, mitte pankade kaudu tehtavaid tehinguid).

Lapsepõlves on erinevate hasart- ja õnnemängudega kokku puutunud suurem osa tänastest 15–35aastastest.

Pea kõik tänased 15–35aastased Eesti elanikud on enne oma 15. eluaastat mänginud hasart- ja õnnemänge (83%). Enamasti on lapsepõlves mängitud seltskondlikke meelelahutusmänge (75%), osaletud loteriides (59%) või mängitud kas arvutimänge või interneti vahendusel (53%). Ligi veerand praegustest 15–35aastastest on aga mänginud ka mänguautomaatidel.

Erinevate mängude mängimise sagedus on erinev. Arvutimängud ja interneti vahendusel mängitavad mängud on kõige sagedasem mänguliik lapsepõlves üldse – enamik on neid mänginud iga nädal või lausa iga päev. Sageduselt järgnevad enamasti üks kord nädalas või kuus mängitavad seltskondlikud meelelahutusmängud, seejärel juba oluliselt harvemini mängitavad loteriid ja kihlveod. Mänguautomaatidel mängitakse suhteliselt harva – pea kolmveerand lapsepõlves mänginutest on seda teinud harvem kui kord kuus.

Enam kui kaks kolmandikku (69%) lapsepõlves hasart- ja õnnemänge mänginutest on mänginud raha peale ka hilisemas elus. Täiskasvanueas mängimise ja sealt edasi mängusõltuvuse riski tõenäosust suurendab oluliselt enne 15. eluaastat eelkõige raha peale mängimine, eriti sage raha peale mängimine. Lapsepõlves sagedasti raha peale mänginutel on hilisemas elus kaks korda suurem tõenäosus mängusõltuvuse väljakujunemiseks kui nendel, kes on mänginud küll sagedasti, kuid mitte raha peale.

Tänased 15–35aastased probleemidega mängijad on pea kõik mänginud midagi ka lapsepõlves (98% probleemidega mängijatest), neist enamik (78%) ka raha peale.

Siiski mitte kõik lapsepõlves raha peale mängitavad mängud ei mõjuta hilisemas elus hasartmängusõltuvuse tekkimise tõenäosust ühel määral. Kuigi enamik on lapsepõlves mänginud loteriid ja seda enamasti ka raha peale, on hilisemas elus hasartmängusõltuvuse tekkimise tõenäosus loteriimängijate seas kaks korda madalam kui lapsepõlves mänguautomaatidel või arvutis mänginute või kihlvedudes-ennustustes osalenute seas.

Lapsepõlves raha peale arvutimängude ja interneti vahendusel mängude mängijad mängivad ka hilisemas elus sagedamini kaughasartmänge ning on suurema hasartmängusõltuvuse riskiga – praegused väikese hasartmängusõltuvuse riskiga mängijad on lisandunud just noorte (15–29aastaste) kaughasartmängijate toel. Ohule viitab see, kui laps eelistab tegevust arvutis kõikidele muudele tegevustele ja ei suuda seda lõpetada. Kaasnevad koolitulemuste halvenemine, vähene sotsiaalne suhtlus, muudest huvialadest loobumine.

Kasiinomängimist on piiranud nii hasartmängimist reguleerivad seadused kui majandussurutis, kaughasartmängimise osakaal on aga suurenenud.

Uuringust selgus, et 90% elu jooksul kasiinodes mänginutest mängivad praegu varasemaga võrreldes kas harvem või on mängimise üldse lõpetanud. Vähem mängima on mõjutanud panusteks piisava raha puudumine – 12%, kasiinode sulgemine – 7% ja dokumendi alusel isiku registreerimise mõju kasiinosse sisenedes – 8%. Samas on 24% harvem mängivatest või mängimise lõpetanud kasiinomängijatest leidnud enda jaoks kaughasartmängud.

Kaughasartmängimisele on hoogu andnud interneti areng – 15% kaughasartmängijatest mängib sagedamini kui varem. Sagedamini mängima on ajendanud interneti vahendusel mänguvõimaluste

suurenemine: uued mängud ja mängukeskkonnad – 34%, internetimängude parem kättesaadavus, saab mängida tööl, kodus jne – 32%.

Kokkuvõtteks võib öelda, et viimased aastad on hasart- ja õnnemängude mängijaskonnas toonud kaasa mitmeid põhimõttelisi ja struktuurseid muutusi:

- kasiinos mängimist on osaliselt asendamas kaughasartmängud;
- kaughasartmängimine, mis saab sageli alguse lapsepõlvest, toob juurde üha uusi noori mängijaid;
- suure ja keskmise hasartmängusõltuvuse riskirühmades on süvenenud mängimisega seonduvad probleemid.

See on tänase hasartmängukäitumise kirjeldus Eesti ühiskonnas. Uuring näitas, millised seadusemuudatused on olnud tõhusad, ning tõi välja kitsaskohad, millele hasartmängimise reguleerijad, hasartmängude korraldajad ja ravi pakkujad oma tähelepanu ja tegevuse fookuse saavad suunata.

Hasartmängusõltuvuse Nõustamiskeskus

Hasartmängusõltuvuse Nõustamiskeskus (HNK) on spetsialiseerunud hasart- ja arvutimängusõltuvuse psühholoogilisele nõustamisele ja psühhoteraapiale. Abi saavad nii mängimise probleemide all kannatavad inimesed kui ka nende lähedased. Nõustamine on tasuta.

HNK keskused asuvad Tallinnas, Tartus, Pärnus, Narvas ja Kohtla-Järvel.

Registreerumine lühinumbri 15410

Täpsem info: www.15410.ee

Edasi loe lähemalt:

Tervise Arengu Instituut, Hiiu 42, 11619 Tallinn, www.tai.ee
Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut, Õie 39, 11615 Tallinn, www.suicidology.ee
Hasartmängusõltuvuse Nõustamiskeskus, Liivalaia 21–47, 10118 Tallinn, www.15410.ee

Väljaandmist toetab Euroopa Liidu Sotsiaalfond

Sotsiaalministeerium
Gonsiori 29
15027 Tallinn
www.sm.ee

Triinu Täht
Rahvatervise osakond
tel 626 9142
triinu.taht@sm.ee

Kati Matsalu
Rahvatervise osakond
tel 626 9150
kati.matsalu@sm.ee