



**MEDITSIINILISTE ERIVAJADUSTEGA LASTE  
ÜLDHARIDUSE KORRALDUSE ANALÜÜS**

Lõpparuanne

**Poliitikauringute Keskus PRAXIS**

Tallinn  
Juuni 2011

**Analüüsi autorid:** Gerli Paat, Risto Kaarna, Ain Aaviksoo

*Autorid tänavad Keila-Joa Sanatoorse Internaatkooli, Lions Klubide Organisatsiooni Eesti piirkonna, Haridus- ja teadusministeeriumi, Sotsiaalministeeriumi ja Eesti Haigekassa töötajaid, kes andsid väärtuslikku infot ja tagasisidet uuringu vaheversioonidele. Oleme tänulikud kõigile Praxise Mõttemommikul osalenutele ning kõigile õpetajatele, arstidele ja lapsevanematele, kes nõustusid osalema intervjuudes ning fookusrühmades.*

## Sisukord

<b>1. SISSEJUHATUS .....</b>	<b>5</b>
<b>2. KOKKUVÕTE .....</b>	<b>7</b>
<b>3. UURING.....</b>	<b>11</b>
<b>4. ÜLDHARIDUSE KITSASKOHAD MEDITSIINILISTE ERIVAJADUSTEGA LASTE JAOKS ...</b>	<b>14</b>
<b>4.1. Hinnang meditsiinilistel põhjustel hariduslike erivajadustega laste hulga kohta Eestis .....</b>	<b>15</b>
METOODIKA .....	15
HINNANG KROONILISTE HAIGUSTE ESINEMISELE LASTEL .....	16
PUUETEGA LAPSED .....	19
LASTE HAIGESTUMISE TRENDID.....	20
HAIGUSKOORMUS .....	21
KOKKUVÕTE KROONILISTE HAIGUSTEGA LASTE HARIDUSVAJADUSTE KOHTA .....	22
<b>4.2. Meditsiiniliste erivajadustega laste õppimisvõimalused sanatoorsetes koolides.....</b>	<b>23</b>
4.2.1. Sanatoorsed internaatkoolid.....	23
4.2.2. Hariduslike erivajadustega lastele osutatavad teenused.....	25
<b>4.3. Kokkuvõtte aruteludest.....</b>	<b>26</b>
4.3.1. Poolte arusaam sanatoorsetest koolidest.....	27
4.3.2. Mõttemommiku „Sanatoorsed koolid – kellele ja miks“ arutelu tulemused .....	28
<b>5. HARIDUSLIKE ERIVAJADUSTEGA LASTE ÕPETAMISE PÕHIMÕTTED EESTIS .....</b>	<b>29</b>
<b>5.1. Seadusandlus .....</b>	<b>29</b>
KOOLIKOHUSTUS .....	30
ÕPPEKORRALDUS .....	30
ÕIGUSED, KOHUSTUSED JA VASTUTUS .....	32
<b>5.2. Nõustamiskomisjonid .....</b>	<b>32</b>
ÕPI- JA KÄITUMISPROBLEEMIDEGA LAPSED .....	32
TERVISEPROBLEEMIDEGA LAPSED.....	33
KOOLIEELSES EAS ERIVAJADUSTEGA LAPSED .....	34
KOOLIKOHUSTUSE TÄITMISE EDASILÜKKAMINE ÜHE ÕPPEAASTA VÕRRA .....	34
<b>5.3. Õppe-nõustamiskeskused .....</b>	<b>35</b>
<b>5.4. Kaasav haridus .....</b>	<b>39</b>
KAASAVA HARIDUSE OLEMUS .....	39
KAASAVA HARIDUSE TINGIMUSED .....	39
ÕPETAJATE JA ABIÕPETAJATE ROLL KAASAVAS HARIDUSES.....	40
KAASAV HARIDUS EESTIS .....	41
<b>5.5. Hariduslike erivajadusega laste õpetamise võimaluste võrdlus .....</b>	<b>42</b>
<b>6. RAHVUSVAHELISED KOGEMUSED.....</b>	<b>44</b>

<b>6.1. HEV-laste integreerimine üldhariduskooli .....</b>	<b>45</b>
SOOME .....	45
ROOTSI .....	46
<b>6.2. Teabekeskused .....</b>	<b>47</b>
TŠEHHI .....	47
SAKSAMAA .....	47
AUSTRIA .....	48
HOLLAND .....	49
<b>6.3. Segatüüpi süsteemid .....</b>	<b>50</b>
LÄTI .....	50
LEEDU .....	51
VENEMAA .....	51
PRANTSUSMAA .....	52
ISLAND .....	53
INGLISMAA .....	54
MONTENEGRO .....	55
<b>7. ANALÜÜSI JÄRELDUSED .....</b>	<b>57</b>
<b>8. EESTI VÕIMALUSED TAGADA MEDITSINILISTE ERIVAJADUSTEGA LASTELE TULEMUSLIK KOOLIHARIDUS .....</b>	<b>60</b>
1. KAASAVA HARIDUSE ÜLEÜLDINE RAKENDAMINE .....	60
2. ERIKLASSIDE LOOMINE VALITUD EESTI KOOLIDESSE .....	61
3. SANATOORSED KOOLID KUI TEABEKESKUSED .....	63
4. ALTERNATIIVIDE KULUDE VÕRDLUS .....	64
<b>9. KASUTATUD KIRJANDUS .....</b>	<b>67</b>
<b>LISAD .....</b>	<b>71</b>
Lisa 1.1. Intervjuud arstidega .....	72
Lisa 1.2. Fookusgrupp: Keila-Joa SIK lastevanemad .....	73
Lisa 1.3. Fookusgrupp: üldhariduskoolide õpetajad .....	74
Lisa 1.4. Mõttehommiku kokkuvõte .....	75
Lisa 1.5. Nimekiri Praxise mõttehommikul osalejatest .....	79
Lisa 1.6. Õigused, kohustused ja vastutus .....	80
Lisa 1.7. Koolitervishoiuteenuste tegevused .....	83
Lisa 2 Keila-Joa SIK analüüs .....	

## 1. Sissejuhatus

Üheks uuringu ajendiks on Eesti sanatoorsete koolide ebamäärane situatsioon ja tulevik ning asjaolu, et vaatamata haridus- ja teadusministeeriumi kavandatud ulatuslikele muudatustele ei ole Eestis seni põhjalikult analüüsitud nende laste üldhariduse korraldamise probleeme, kelle erivajadus tuleneb pikaajalisest somaatilisest (kehalisest) haigusest. Käesolevas uuringus nimetame selliseid lapsi **meditsiiniliste erivajadustega lasteks**.<sup>1</sup>

Uuringu ülesandeks on analüüsida kehalistest haigustest tingitud hariduslike erivajadustega ehk meditsiiniliste erivajadustega lastele suunatud üldhariduse korraldust Eestis ning pakkuda välja lahendusi, kuidas luua neile eeldusi igakülgeks arenemiseks teistega võrdväärsel alustel.

Lähtuvalt eelnimetatud eesmärgist on uuringul järgmised lähteülesanded:

- analüüsida laste arvu Eestis, kes vajavad kehalise haiguse tõttu pidevat meditsiinilist hoold (st on meditsiiniliste erivajadustega), sh koolis;
- analüüsida meditsiiniliste erivajadustega lastele suunatud hariduskorraldust Eestis olemasolevate andmete, analüüside ja prognooside põhjal;
- koondada rahvusvaheline kogemus meditsiiniliste erivajadustega lastele hariduse andmise korraldusest mujal maailmas;
- selgitada välja meditsiiniliste erivajadustega laste üldhariduse saamise erinevad võimalused võrdväärselt kõigi teiste lastega.

Uuringut toetasid Rahvusvahelise Lions Klubide Organisatsiooni Eesti piirkond, Riigi Kinnisvara AS ning Haridus- ja Teadusministeerium.

Vastavalt ÜRO peassamblee 1989. a vastu võetud lapse õiguste konventsioonile tuleb kindlustada puudega<sup>2</sup> lapsele tõhus juurdepääs haridusele<sup>3</sup>, väljaõppele, tervise kaitsele, rehabilitatsiooniteenustele, tööalasele ettevalmistusele ja puhkamisvõimalustele niisugusel viisil, et laps saaks võimalikult täielikult osa võtta ühiskondlikust elust ja abi aitaks kaasa tema individuaalsele arengule, kaasa arvatud kultuurilisele ja vaimsele arengule. Lapsel on õigus haridusele, sh tasuta põhiharidusele. Õpetus koolis peab olema suunatud lapse isiksuse, vaimsete ja kehaliste võimete arendamisele.

Üheks keerukamaks probleemiks üldhariduses ongi võimetekohase õppetöö korraldamine normintellektiga lastele, kellel takistab üldhariduskoolis käimist mõni kehaline haigus (nt astma, diabeet, liikumispuuded jms).

<sup>1</sup> Meditsiiniliste erivajadustega laste all mõistame käesoleva uuringus normintellektiga lapsi, kellel on raskendatud teistega võrdväärne õppimine üldhariduskoolis tulenevalt nende pikaajalisest kehalisest (somaatilisest) haigusest. Hariduslik erivajadus on uues põhikooli- ja gümnaasiumiseaduses küll defineeritud, kuid sealt ei tule välja, kes on meditsiiniliste erivajadustega õpilased ning millistel tingimustel nende õppimise võimalused on haridussüsteemis korraldatud.

<sup>2</sup> Puue on mitmetahuline mõiste, mis esindab isiku ja teda ümbritseva keskkonna vahelist suhet. Tüüpiliselt on see funktsiooni kõrvalekalle, mis tuleneb füüsilisest (meditsiinilisest) või vaimsest puudest. Definiitsioon on keeruline, sest isik, kelle tegevusvõime teatud keskkonnas on piiratud, ei pruugi olla piiratud juhul, kui keskkonda on kohandatud või kui isik saab tegutseda mõnes teises keskkonnas (EC, 2002).

<sup>3</sup> Haridus on kultuuri funktsioon; subjekti karakteristik, tema võime ette näha ja ära tunda. Protsessina on haridus subjekti valmisolekute kujunemise elukestev jada (Vooglaid, 2009).

Laialt levinud arusaama kohaselt on sellistele lastele võimalik sobilik õpikeskkond luua sanatoorses koolis. Selleks, et võimaldada paremat arusaama sanatoorsete koolide praegusest olukorrast ning võimalikust tulevikuroolist Eestis, on käesoleval raportil ka lisa 2, kus seda analüüsitakse Keila-Joa Sanatoorse Internaatkooli näitel.

## 2. Kokkuvõte

Hariduse kättesaadavuse tagamisega meditsiiniliste erivajadustega õpilastele on seotud mitmeid probleeme. Üheks põhjuseks, miks paljud probleemid on tekkinud on see, et ei ole konsensusele jõutud mõistete *meditsiiniliste erivajadustega laps* ja *sanatoorne kool* sisus. Kuna meditsiiniliste erivajadustega lapsed on defineerimata, siis nende laste kohta puudub korrektne statistika. Praegu kehtiva tervishoiuteenuse seaduse kohaselt võib koolis tegeleda vaid haiguste ennetamise, mitte raviga. Samuti on suur probleem koostöö puudumine oluliste institutsioonide vahel ning info vähesus. Järgnevalt on loetelu probleemidest ning nende kirjeldus.

### DEFINEERIMATA MEDITSIINILISTE ERIVAJADUSTEGA LASTE KÄSITUS

**Eesti ühiskonnas ei ole jõutud konsensusele, milliseid lapsi tuleks käsitada meditsiiniliste erivajadustega lastena.** Hariduslike erivajaduste definitsiooni on varasemalt seostatud meditsiiniliste diagnooside või puudega. Viimastel aastatel on aga Euroopas hakatud rääkima sellest, et kitsas meditsiiniline lähenemine ei ole õige, sest paljusid hariduslike erivajadusi ei saa seostada konkreetse haiguse või puudega. Seega ongi 2010. a suvel vastu võetud põhikooli- ja gümnaasiumiseaduse kohaselt haridusliku erivajadusega õpilane see, kelle jaoks sõltumata põhjusest – erilisest andekusest sügava vaimupuudeni – on vaja teha muudatusi või kohandusi õppe sisus, õppeprotsessis, taotletavates õpitulemustes või õpetaja poolt klassiga töötamiseks koostatud töökavas.

Seega on küll kokku lepitud haridusliku erivajadusega laste definitsioon, kuid Eestis on siiani kokku leppimata, kes on meditsiiniliste erivajadustega laps. Samas tuleb tunnistada, et ühest seisukohta ei ole selles küsimuses ka teistes riikides. Üks definitsioon, mida meditsiiniliste erivajadustega laste kirjeldamiseks kasutatud, on järgmine:

*Meditsiiniliste erivajadustega on need lapsed, kes omavad (või kellel on kõrgenenud risk omada) kroonilist füüsilist haigust või arengu-, käitumis- või emotsionaalse seisundi häireid ning kes vajavad seetõttu ravi ning täiendavaid teenuseid, mis vastavalt tüübile või ulatusele ületavad keskmise (terve) lapse üldise vajaduse.* (Wise, Huffmann & Brat, 2007).

### STATISTIKA ON LÜNKLIK JA LIIGA ÜLDINE

Meil on olemas küll haiguste ja puuetega laste statistika, kuid tegelikult me ei tea, kui paljud neist lastest vajaksid pidevat meditsiinilist järelvalvet. Seetõttu on raske ka hinnata, missuguses mahu ümberkorraldusi vajaksid üldhariduskoolid ning kui paljud lapsed vajaksid sanatoorset kooli. Ka Riigikontroll on kritiseerinud olukorda, kus meditsiiniliste erivajadustega laste definitsiooni puudumise tõttu pole suudetud koguda usaldusväärseid ja ülevaatlikke andmeid nende laste kohta Eesti Hariduse Infosüsteemi (EHIS) .

Seetõttu oleks igasuguse sisuka plaani eelduseks välja selgitada, kui palju on Eestis üldse meditsiiniliste erivajadustega lapsi ja milline õppetöö korraldus (sh erikoolide roll selles) oleks neile optimaalseim. Praxisel tehtud kaudsel hinnangul vajab eritählepanu **3,2% ehk umbes 6000 õpilast**. Neist umbes 3000 kuuluvad sihtrühma, kellele sobiks koolikeskkond, kus päevasel ajal on pidev meditsiiniline järelevalve ja ka õppetöö on

vastavalt kohandatud. Umbes **580 õpilast** vajaksid oma tervise seisundi tõttu kas pidevat või haiguse ägenemise perioodil ööpäevast meditsiinilist järelevalvet, mida seni on pakkunud ainult sanatoorsed koolid.

#### **KOOLITERVISHOID EI OLE MÕELDUD HAIGUSTE RAVIMISEKS**

Koolitervishoiuteenuse osutamisega on seotud mitmeid probleeme. Sotsiaalministri määrusega korraldatud koolitervishoiu teenuste osutamine hõlmab peamiselt ennetus- ja nõustamistegevusi, kuid ei ole mõeldud haiguste ravimiseks. Tervishoiuteenuste osutamine on nii üldhariduskoolides kui ka erikoolides korraldatud määrusega „Koolitervishoiuteenust osutava õe tegevused ning nõuded õe tegevuste ajale, mahule, kättesaadavusele ja asukohale“. Selle määruse kohaselt tegeleb praegusel juhul lisaks üldhariduskoolile ka sanatoorne kool vaid ennetustööga ning lapse ravimisega tegelevad erialaarstid. Samuti võib õpilase sanatoorsest koolist välja arvata, kui ta eriarsti otsuse kohaselt enam ravi ei vaja. Samas ei olegi sanatoorses koolis õieti võimalik ravi korraldada, kuna kool ei ole tervishoiuteenuseid osutav asutus ning muude abistavate protseduuride osutamise võimalused on väga piiratud. Vajadusel tagatakse õpilastel võimalus küll minna eriarstide või perearsti vastuvõtule, kuid kooliarstil (eriti sanatoorsete koolide arstidel, kes töötavad kooli koosseisus) puudub ligipääs õpilaste terviseandmetele, mistõttu ei ole õpilase tervislik seisund alati koolile täielikult teada.

Üldhariduskoolis on need probleemid veelgi enam võimendunud ja üksikute erivajadusega laste probleemide jaoks ebastandardsete lahenduste leidmise motivatsioon tõenäoliselt madalam.

#### **NÕUSTAMISKOMISJONIDE TÖÖ EBASELGE**

Kõikides linnades ja maakondades on nõustamiskomisjonid, kelle pädevuses peaks olema määrata erivajadustega lastele võtmekohane õppekava või õppevorm ja suunata erivajadustega laps lastevanema (eestkostja) nõusolekul sanatoorsesse või erivajadustega õpilaste kooli või klassi. Samas puudub komisjoni koosseisust arst, kelle pädevuses oleks ainsana otsustada, kas laps on niipalju meditsiinilise erivajadusega, et vajada sanatoorset kooli. Kuigi alates 2011/2012 õppeaastast suunatakse somaatiliste haigustega õpilasi kooli eriarsti saatekirja alusel, siis on siiski oluline, et tähelepanuta ei jääks ka need õpilased, kes on sattunud küll nõustamiskomisjoni nt käitumishäiretega, kuid kellel võib olla ka mõni somaatiline haigus.

#### **SANATOORSED KOOLID KUI SOTSIAALBIKESKUSED**

Pikka aega on just sanatoorsed koolid pakkunud võimetekohast üldhariduse omandamise võimalust sadadele meditsiiniliste erivajadustega lastele. Definitsiooni kohaselt peaksid need koolid olema eelkõige tervisehäiretega lastele, mitte näiteks sotsiaalsete probleemidega peredest pärinevatele käitumishäiretega lastele. Tervisehäirest või puude iseloomust olenevalt peaks õpilastele olema tagatud ka arstiabi ja taastusravi. Praegu tegeleb Eesti kolmest sanatoorsest koolist ainult Haapsalu Sanatoorne Internaatkool tõepoolest ka raviga (füsioteraapia).

Seetõttu ongi neis koolides koha leidnud ka sotsiaalsete probleemidega lapsed, kellel võib küll olla mõni somaatilise haiguse diagnoos, kuid kes saaksid ilusti hakkama ka üldhariduskoolis. Samal ajal on nn



sotsiaalsete probleemide lahendamise koorem muutnud sanatoorsed koolid ebaatraktiivseks ka paljudele neile peredele, kelle lapsed tegelikult võiksid saada sealt vajalikku tuge.

### **SANATOORSETE KOOLIDE KOHTA VÄHE INFORMATSIOONI JA KOOLIDEL HALB MAINE**

Nii lastevanematel, arstidel kui ka õpetajatel puudub sanatoorsete koolide kohta piisav informatsioon. Probleemiks on ka perearstide teadmatus, mistõttu ei oska nad nende koolide kohta adekvaatset infot anda ka lastevanematele – ja ometi peaks just perearst olema lapse esimeseks suunajaks sanatoorsesse kooli. Sanatoorsete koolide üheks suureks probleemiks on ka nende halb maine (tihti peetakse neid n-ö pättide või lollide kooliks). Ka see võib olla põhjus, miks paljud lastevanemad ei pane oma last sanatoorsesse kooli.

### **NÕRK KOOSTÖÖ HARIDUS- JA TERVISHOIUSEKTORI VAHEL**

Sanatoorsed koolid kuuluvad haridus- ja teadusministeeriumi alla, kelle pädevuses aga ei ole tegeleda tervishoiuga, mida sanatoorsete koolide puhul tuleb arvestada. Sotsiaalministeeriumi haldusalasse ei kuulu aga koolid. Pealegi ei ole kusagil dokumenteeritud, mil määral peaks sanatoorses koolis olema tagatud ravitegevus. Praegu Eestis kehtivate seaduste kohaselt toimib Eestis perearstisüsteem ning sanatoorses koolis õppiv laps saab ravi eelkõige oma perearsti juures. Kooliarsti või kooliõe pädevuses on teda sinna ainult suunata. Probleem tekib siis, kui kooli meditsiinipersonal ei tea lapse tegelikku tervislikku seisundit ning lastevanemad ja perearst seda infot ka ei jaga. Kuigi kehtiv seadusandlus ei välista kuidagi edukat koostööd infovahetuseks lapse, lapsevanemate, kooli personal ja tervishoiuteenuste osutajate vahel, siis intervjuudest arstidega selgus, et see on siiski probleem (nii sanatoorsetes koolides kui ka üldhariduskoolides).. Samas peaks sanatoorsete koolide meditsiiniline personal tagama õpilaste ravi järjepidevuse ning nendel lastel on tavaliselt suur vajadus kõrvalabi järele ja nad vajavad mitmeid teenuseid. 2008. aastal esitas õiguskantsler märgukirja ka sotsiaalministrile, kus kutsus haridus- ja teadusministeeriumi ja sotsiaalministeeriumi üles omavahelisele koostööle sanatoorsete koolide küsimuses.

### **KAASAVA HARIDUSE RAKENDAMINE EI SAA JUHTUDA ÜLEÖÖ EGA ISEENESEST**

Tänapäeva arusaam lähtub eeldusest, et üldharidus peab olema kättesaadav kõigile, sealjuures võimalikult paljudele lastele nende kodukoha lähedal. Seda nimetatakse *kaasavaks hariduseks*. Eestis vajaks selline lähenemine põhjalikke ümberkorraldusi nn üldhariduskoolides, mis praeguses olukorras ei ole selleks valmis.

Euroopas on meditsiiniliste erivajadustega lastele tagatud üldhariduse kättesaadavus erinevalt. Palju sõltub ka riigi üldisest haridus- ja tervishoiukorraldusest ning ressurssidest (raha, personal jne). Kui Eesti kontekstis rääkida praeguse sanatoorsete koolide süsteemi muutmisest, siis eeldab see väga põhjalikku mõjuanalüüsi. Kontseptuaalselt oleks Eestis võimalik rääkida kolmest mudelist: kaasava hariduse üldine rakendamine, eriklasside loomine valitud koolidesse üle Eesti ja teabekeskuste arendamine sanatoorsetes koolides, mida saaks omavahel kombineerida või rakendada järk-järgult.

### **SÜSTEEMI PARENDAMISE VÕIMALUSED**

Meditsiiniliste erivajadustega laste hariduskorraldus on riigiti erinev. Palju sõltub ka konkreetse riigi kultuurikontekstist ja seadusandlusest. Eesti kontekstis võime rääkida kolmest võimalusest. Üheks võimaluseks oleks **kaasava hariduse üleüldine rakendamine**, mille tugevusteks on eelkõige kodu lähedal

asuv kool ning see, et laps jääb elama pere keskele; nõrkusteks aga see, et rakendus eeldab terve rea täiendavate füüsiliste tingimuste, kuid ka toetavate teenuste ja lisapersonali olemasolu, selleks puuduvad ressursid ning see vajab tervishoiusüsteemi olulist ümberkohandumist. Samuti oleks üks võimalus **luua valitud koolidesse üle Eesti erivajadustega klasse**. Eriklasside loomise tugevusteks on see, et lapsel on võimalik õppida kodu lähedal koolis, nõrkuseks aga küsitav majanduslik efektiivsus ja teostatavus kaasava haridusega võrreldes. Kolmandaks võimaluseks on, nagu paljudes Kesk-Euroopa riikides on juba tehtud, välja arendada tugevad ja professionaalsed **teabekeskused**. Selliste keskuste loomise peamine nõrkus oleks see, et mitmed lapsed viiakse eemale oma kodust või elukohast, **tugevuseks** aga, et see saab toetuda olemasoleva süsteemi tugevustele, ei eelda tervishoiusüsteemi väga suurt ümberkorraldamist, sobiks paindliku teenuse pakkujana õpilasele ka lühemaks perioodiks, koolituskeskuseks üldhariduskoolide personalile ja toetaks kaasava hariduse põhimõtete sujuvat rakendamist.

### 3. Uuring

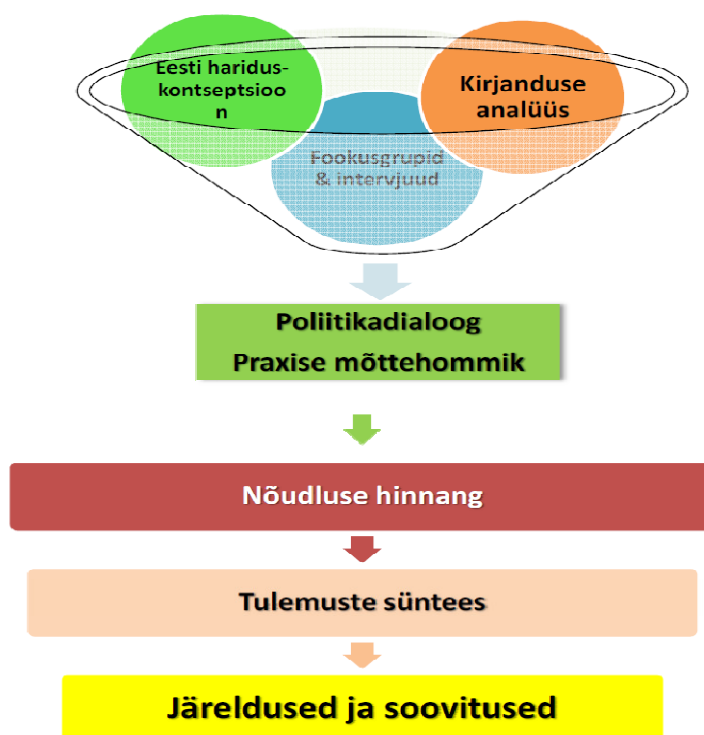
Uuringus kombineeriti erinevaid meetodikaid, mis oli osalt tingitud lähteülesande mitmest tasandist ja osalt uuringu käigus selgunud uutest asjaoludest. Uuring on graafiliselt kujutatud Joonis 1.

#### **Uuringu sisendandmetena** kasutasime

- teaduskirjanduse ja valdkonnaga seotud muude rahvusvaheliste kirjalike materjalide analüüsi;
- sünteesi olemasolevast Eesti haridussüsteemi korraldust käsitlevatest õigusaktidest, kirjeldusest ja analüüsides;
- teemaga seotud huvirühmadelt süvaintervjuude ja fookusgruppide käigus kogutud andmeid.

#### Uuringu **sünteesivas faasis** korraldasime

- Praxise mõttehommiku nimelise poliitikadialoogi;
- kogutud materjalide teistkordse analüüsi, lähtudes arutelude tulemustest ja sihtrühmade tagasisidest;
- meditsiiniliste erivajadustega laste hulga ehk nõudluse kaudse hinnangu.



Joonis 1. Uuringu graafiline kirjeldus

Täpsem kasutatud meetodite kirjeldus on toodud allpool.

**Kaasava hariduse kontseptsiooni** kirjeldamisel ja analüüsimisel lähtusime kehtivast seadusandlusest ning üldisest kaasava hariduse põhimõttest nii Eestis kui ka teistes riikides.

**Kirjanduse analüüsiks** kasutati Pubmedi andmebaasi ning otsingumootoreid eri riikide puudutavate dokumentide kohta (vt kasutatud kirjanduse loetelu). Lisaks koguti analüüsi käigus informatsiooni erinevatest statistikaandmebaasidest (TAI, Statistikaamet, Sotsiaalkindlustusamet, HTM), aruannetest ja seadusandlusest.

**Fookusgruppides ja intervjuudel** jälgisime, et kaasatud saaksid teemaga seotud eri osalised. Tegime 14 intervjuud perearstidega, viis pediatritega ning ühe fookusgrupi lastevanemate ja üldhariduskooli õpetajatega. Pediatrite valiku aluseks oli nende kokkupuude meditsiiniliste erivajadustega lastega. Perearste intervjuueerisime juhuvalimiga üle kogu Eesti. Lastevanemate fookusgrupis osalesid vanemad Keila-Joa sanatoorsest internaatkoolist. Üldhariduskoolide õpetajate fookusgrupis osalesid õpetajad erinevatest Tallinna üldhariduskoolidest ja ühest erakoolist. Fookusgruppide ja intervjuude eesmärki on kirjeldatud

peatükis 4.3.1. Fookusgruppide ja intervjuude jaoks oli ette valmistatud teemad ja küsimused, mida kohtumisel kajastati (vt lisa 1.1, 1.2 ja 1.3).

**Korraldasime poliitikadialoogi** Praxise mõttehommikuna, kus vestles 30 sanatoorsete koolide temaatikaga seotud osalejat (lastevanemad, arstid, õpetajad, ametnikud jne). Nimekiri osalejatest on toodud lisa 1.5. Praxise mõttehommikul tutvustati värskelt valminud poliitikaanalüüsi (vt lisa 3) ja olulisemaid järeldusi ning anti soovitusi poliitikate arendamiseks. Seejärel toimus seotud teemal diskussioon valdkondlike ekspertide, kodanikuühiskonna organisatsioonide ja poliitikakujundajate osalusel.

Mõttehommiku keskne küsimus oli järgmine: millised on ühiskonna ootused sanatoorsete koolide suhtes ja kui hästi praegune haridussüsteem sanatoorsetes koolides toimib?

Praxise mõttehommikul otsiti koos osalejatega vastuseid järgmistele küsimustele.

- Millised on eri osaliste (lastevanemad, õpetajad jne) ootused sanatoorsetele koolidele?
- Kuidas defineerida meditsiiniliste erivajadustega laste koole?
- Kas sanatoorseid koole on piisavalt ja kuidas nende mainet tõsta?
- Kuidas jõuaks informatsioon koolide kohta vanemateni, arstideni ja teiste infovajajateni?
- Kas ja millised on alternatiivid sanatoorsetele koolidele?

Kokkuvõtte mõttehommiku tulemustest on toodud peatüki lisa 1.4.

**Nõudluse hindamiseks** saime kasutada kaudset hinnangut: kui suur on potentsiaalne laste hulk, kelle jaoks võib olla oluline märkimisväärse meditsiinilise teenuse toetus eakohase hariduse omandamiseks. Kasutasime rahvusvaheliselt tunnustatud nn triangulatsiooni meetodikat, eri andmestikke ning eksperthinnanguid. Kvantitatiivselt kasutasime Tervise Arengu Instituudi, Statistikaameti ja Sotsiaalkindlustusameti andmebaase, et selgitada välja eri diagnoosidega laste arv ja puuetega laste arv. Põhjalikumad tulemused potentsiaalse laste arvu kohta on toodud lisa 2.

**Uuringu järeldused** tulenevad eelneva materjali ja tegevuste **sünteesivast analüüsist**; samuti arutasime järeldused läbi valdkonna osapooltega.

#### 4. Üldhariduse kitsaskohad meditsiiniliste erivajadustega laste jaoks

Erivajadustega lastele hariduse andmisega Eestis on seotud mitmeid probleeme. 2010. a vastu võetud põhikooli- ja gümnaasiumiseaduses (PGS) on kirjeldatud hariduslike erivajadustega (HEV) lastele üldhariduse andmise põhimõtteid, kuid kui liita kokku kõik erivajadused alates erakordsest andest kroonilise haigusteni, selgub, et Eesti seadus ei ole piisavalt konkreetne, et tagada kõigi Eesti laste põhiõigusi.

Järgnevalt on esitatud kokkuvõtte põhilistest probleemkohtadest, mis uuringu käigus välja tulid, seejärel alapeatükkides ülevaade meditsiiniliste erivajadusega laste hulga ning erivajadusega lastele mõeldud sanatoorsete koolide olukorra kohta, samuti kokkuvõtte sellest, kuidas probleemi käsitati uuringu käigus toimunud fookusgrupiaruteludes, intervjuudes ja mõttehommiku poliitikadialoogis.

Üheks rühmaks, kelle puhul on seadus väga lakooniline, ongi pikaajalise kroonilise somaatilise (kehalise) haigusega lapsed, keda käesolevas uuringus on nimetatud **meditsiinilise erivajadusega lasteks**. Vaikimisi eelduseks on kaasava hariduse (vt ptk 5.3) põhimõtete kohaselt kõigi laste õppimine võimalikult oma kodu lähedal. Praktikas eeldab see aga lisaks tavapärasele koolikeskkonnale mitmete **täiendavate tingimuste** loomist, mis ei saa juhtuda üleöö ega iseenesest. Sellele viitasid mitmed valdkonnaga seotud eksperdid nii fookusgruppides kui ka mõttehommiku poliitikadialoogis (vt lisad 1.3 ja 1.4).

Niisamuti on tähelepanuväärne, et **Eestis pole tegelikult jõutud üksmeelele, keda käsitada meditsiiniliste erivajadustega lapsena**, mistõttu ei ole seadusega võimalik tagada vajalikke tingimusi taristu, teenuste ja spetsialistide näol. Seda tunnistasid ühe suurima probleemina kõik spetsialistid ja ametnikud ning sellekohane lünk tuli selgelt välja ka dokumentide analüüsil. Muuhulgas **puudub Eestis statistika**, kui paljudel lastest on hariduslikud erivajadused nn meditsiinilistel põhjustel ning milline on taotletav uus kvaliteet ning riskid kehtiva korralduse muutmise järel.

Meditsiiniliste erivajadustega õpilased vajavad koolis ka mitmesuguseid tervishoiuteenuseid. Meil on olemas koolitervishoiuteenuse seadus ning põhikooli- ja gümnaasiumiseadus, kus on küll kirjas individuaalsed **koolitervishoiuteenused**, mida osutab kooliõde, kuid need on pigem terviseedendus- ja nõustavad tegevused kui pideva ravi jälgimisega seotud.

PGS sõnastab muuhulgas õiguse asutada eraldi koole hariduslike erivajadustega õpilastele, kuid **ei täpsusta, milline on riigi vastutuse ulatus selle õiguse ebapiisaval kasutamisel**.

Kokkuvõttes: haridus- ja teadusministeeriumi uus käsitus võimaldab hariduslike erivajaduste sildi all tegeleda paljude asjadega, kuid **ei võimalda rakendada adekvaatset avalikku kontrolli selle üle, kas riik täidab talle põhiseadusega antud ülesandeid**.

#### 4.1. Hinnang meditsiinilistel põhjustel hariduslike erivajadustega laste hulga kohta Eestis

Eestis on laste ja noorte tervist keeruline kirjeldada, kuna **puudub ühtne ja kättesaadav terviseandmete kogumise süsteem**. Seetõttu ei ole ka teada, kui paljud lapsed vajaksid tegelikult pidevat meditsiinilist järelvalvet. Uuringut alustades eeldasime, et eri valdkondade spetsialistidega arutades ning sellest lähtuvalt andmeid kogudes on võimalik anda suhteliselt täpne hinnang meditsiinilise erivajadusega laste arvule Eestis. Kahjuks selgus uuringu esimeses etapis, et haridus- ja tervishoiuvaldkonna ametkondade ja spetsialistide vahelise koostöö puudulikkus ei võimalda üheselt defineerida, keda asjaosalised silmas peavad või kelle probleeme nad lahendada püüavad. Muuhulgas ei olnud ka Eesti Haigekassal võimalik vastata andmepäringule pikaajaliste haigustega laste kohta, kuna populatsioonipõhine päring diagnooside ja isikute tasemel on äärmiselt mahukas.

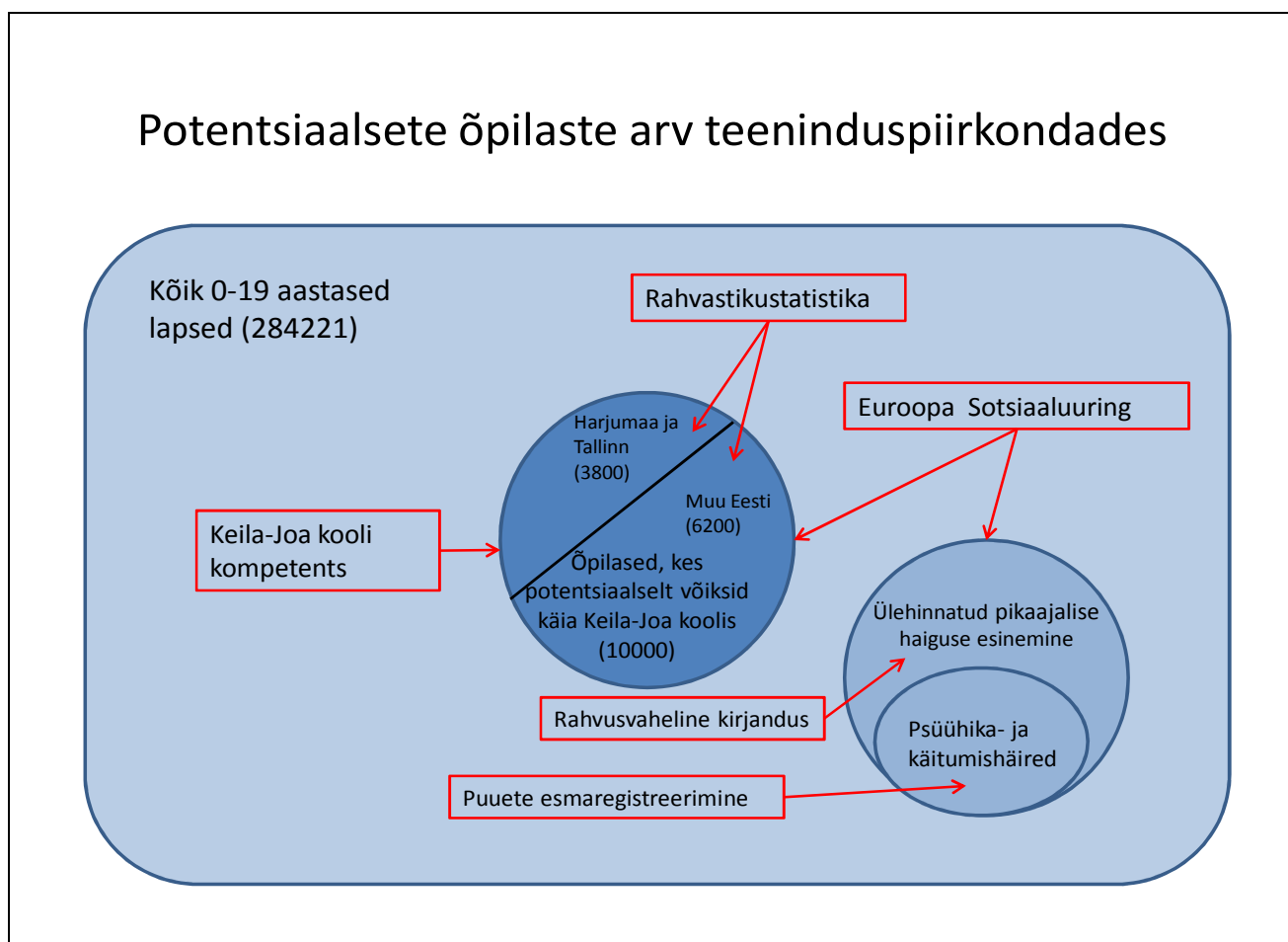
##### METOODIKA

Kõnealuste haiguste puhul on oluline just nende kordumine, tegu on krooniliste haigustega, mis vajavad pidevat spetsialisti abi. Nende haiguste esinemise hindamine on teatud mõttes raskendatud, kuna kättesaadavad andmed on piiratud. Täpseima hinnangu saaks Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste kasutamise statistika põhjal. Käesoleva töö jaoks ei olnud võimalik saada Eesti Haigekassast väljavõtet samade diagnooside esinemise sagedusjaotuse kohta indiviidi tasandil ehk teisisõnu pole võimalik analüüsida haiguste levimust. Seesugune andmete puudulik kättesaadavus on ka varem probleemi analüüsimist takistanud.

Seetõttu valisime kaudse tee enam-vähem usaldusväärse hinnangu andmiseks, kui suur on potentsiaalne laste hulk, kelle jaoks võib olla oluline märkimisväärse meditsiinilise teenuse toetus eakohase hariduse omandamiseks. Kasutasime rahvusvaheliselt tunnustatud nn **triangulatsiooni meetodit**, kättesaadavaid andmestikke ning eksperthinnanguid.

Täpsemalt kasutasime analüüsi lähtekohana pikaajalist kroonilist haigust põdevate laste osakaalu elanikkonnas (vt joonis 2). Andmed elanikkonna suuruse ning vanuselise ja piirkondliku jagunemise kohta pärinevad Statistikaameti rahvastikustatistikast; pikaajalise haiguse esinemise osakaalu kohta Euroopa sotsiaaluuringust. Seda hinnangut täpsustatakse rahvusvahelise kogemuse ning puuete esmarestreerimise statistikaga, mis pärineb Sotsiaalkindlustusametist.

Joonis 2. Pikaajalise haiguse esinemise leidmise meetodika.

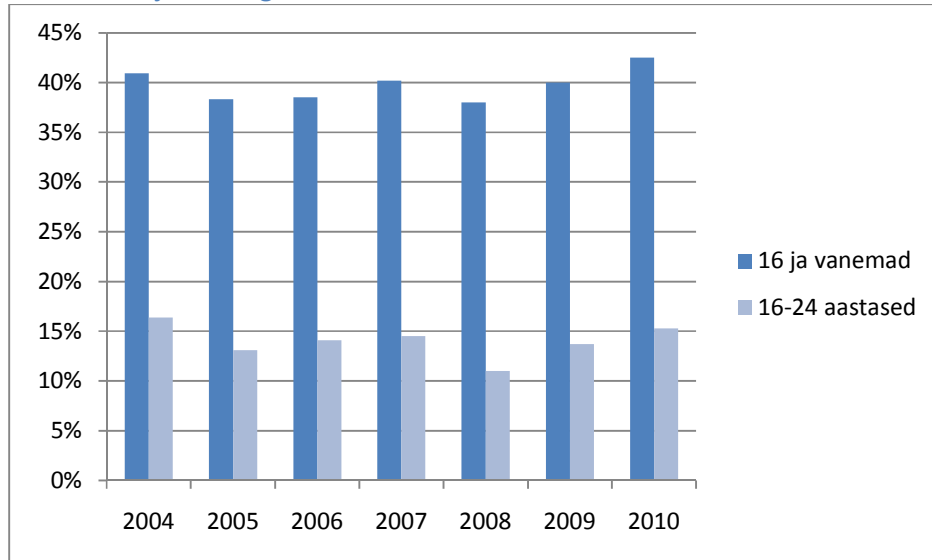


#### HINNANG KROONILISTE HAIGUSTE ESINEMISELE LASTEL

Sotsiaaluuringu andmete põhjal esines Eestis aastatel 2004–2010 pikaajaline haigus keskmiselt 40%-l 16aastaste ja vanemate vanuserühmas ning 14%-l 16–24aastaste vanuserühmas (vt joonis 2). Nimetatud hinnangu puhul võib välja tuua kaks kitsaskohta. Esiteks on tegu inimese enda hinnanguga tema tervislikule seisundile ning teiseks ei ole küsitletud nooremaid kui 16aastaseid. Inimeste enda hinnangute täpsust pikaajalistele haigustele on teaduskirjanduses uuritud (Robinson jt, 1997) (Trussell jt, 1956) ning leitud, et olenevalt diagnoosist jääb nende hinnangute täpsus vahemikku 40–72%. Lisaks esineb inimestel teatud määral pikaajalisi haigusi, millest nad pole ise teadlikud. Järeldus on, et umbes pooled endale pandud pikaajalise haiguse diagnoosid ei pea paika. Sellest järeldasime, et **perioodi 2004–2010 keskmine pikaajalise haiguse esinemine on 7%** (vanuserühmas 16–24aastased, eeldusel, et 50% enesediagnoosidest on väärad).



Joonis2. Pikaajalise haiguse esinemine eri vanuserühmades

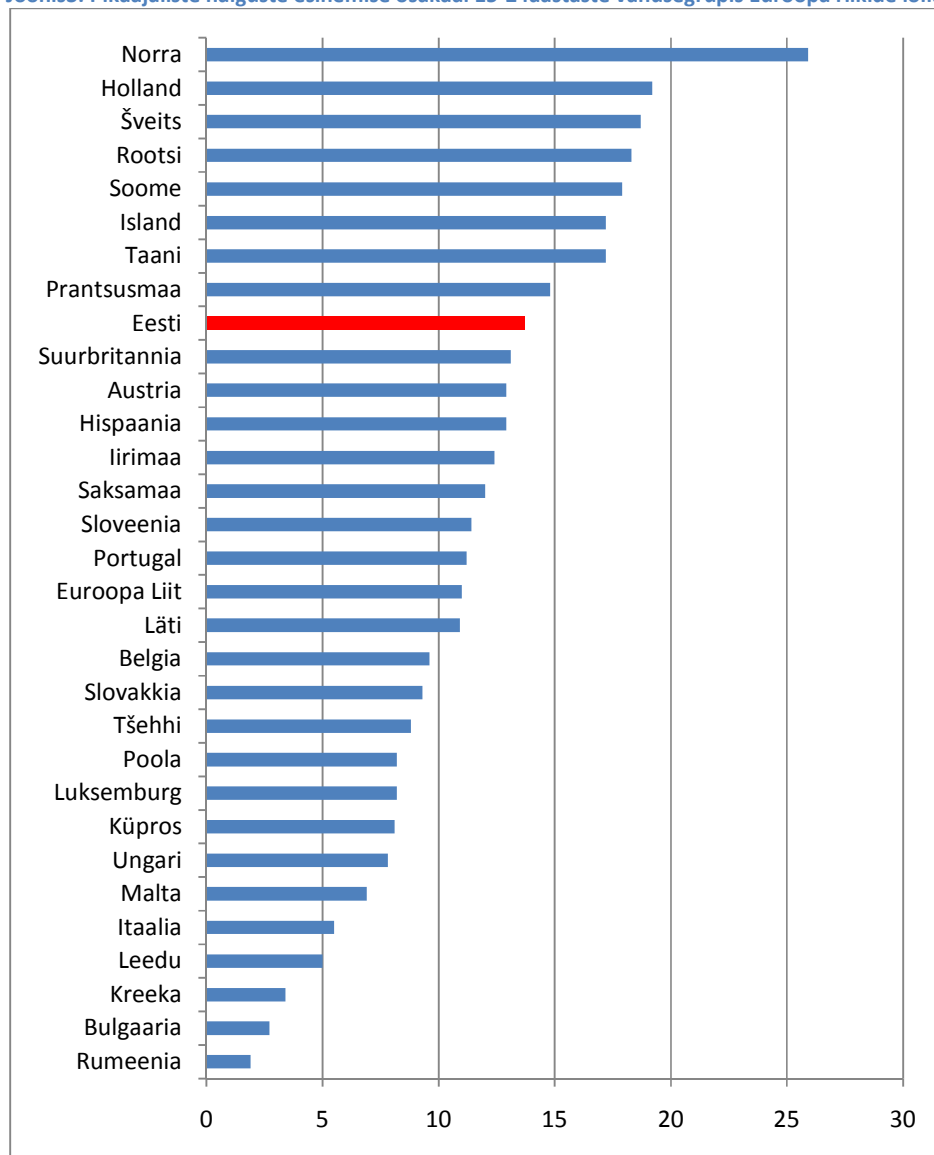


Allikas: Statistikaamet, 2010

Konteksti mõttes võrdlesime Eesti noorte enesehinnangut pikaajaliste haiguste esinemise kohta Euroopa teiste riikidega, kasutades Eurostati SILC-uuringu andmeid, millest pärinevad ka eelviidatud statistikaameti andmed. Kõigepealt selgus, et Eurostati andmete põhjal erineb see näitaja suures ulatuses: kõige enam (25,9%) esineb pikaajalisi haigusi noortel Norras ning kõige vähem Rumeenias (1,9%) (vt joonis 3).

Eesti noored hindavad sagedamini kui Euroopas keskmiselt, et neil esineb pikaajaline haigus. Uuringu jaoks pidasime samas oluliseks, et näitaja on võrreldav meie kliima ja kultuuri poolest sarnaste Põhjamaadega.

Joonis3. Pikaajaliste haiguste esinemise osakaal 15-24aastaste vanusegrupis Euroopa riikide lõikes



Allikas: Eurostat, 2009

Eelnevalt kasutatud enesehinnangu esitanud vanuserühma arvestades oli vaja leida usaldusväärne hinnang pikaajalise haiguse esinemiseks kooliealiste laste hulgas. Selleks kasutasime analoogse terviseuuringu põhjal Austraalias leitud seaduspära, et nooremate vanuserühma (0–14) pikaajaliste haiguste esinemine on ligi 70% suuruselt järgmise vanuserühma (15–24) analoogsest näitajast (AIHW, 2005).

**Kokkuvõttes lugesime pikaajalise haiguse esinemise usaldusväärseks hinnanguliseks näitajaks 5% vanuserühmas 0–15aastased.** Siiski kuuluvad selle näitaja hulka ilmselt ka peale somaatiliste haiguste ka vaimuhaigused.

## PUUETEGA LAPSED

**Pikaajaliste ehk krooniliste haiguste levimuse kohta** saab teistpidi lähenedes kaudse hinnangu anda ka puuete registreerimise põhjal. 2010. a 1. jaanuari seisuga on statistikaameti andmetel Eestis kokku 216 036 0–15aastast last ja noort ning neist 6791-le (3,1%) on määratud kas keskmise, raske või sügava astmega puue. Puuded võivad olla väga erinevad ning erineva raskusastmega, alates diabeedist ning lõppedes raske kehalise liitpuudega. Me ei tea, kui paljud neist lastest vajaksid pidevat meditsiinilist järelvalvet, kuid võime eeldada, et seda vajavad kindlasti raske ja sügava puudega lapsed<sup>4</sup>.

Kokkuvõttes on enesehinnangu põhjal leitud pikaajalise haiguse esinemine heas korrelatsioonis ametliku puuete määramise andmetega.

**Krooniliste haiguste jagunemise kohta erinevate põhjuste vahel** kasutasime samuti puuete esmaregistreerimise andmeid haigusrühmade kaupa. Selle järgi on vanuserühmas 0–15aastased psüühika- ja käitumishäirete osakaal 26% ning järgmises vanuserühmas (16–24aastased) 54% (vt tabel 1). Alla 16aastaste seas on puue kõige sagedamini määratud hingamiseldite haigustega lastele. Teisel kohal on psüühika- ja käitumishäired ning kolmandal ja neljandal kohal kaasasündinud väärarengud ning närvisüsteemi haigused.

**Tabel 1.** Puuete esmaregistreerimine 2010. aastal diagnoosi järgi

Diagnoos	0–15aastased		16–24aastased	
	Arv	%	Arv	%
<b>KOKKU</b>	1845	100%	903	100%
Teatavad nakkus- ja parasiithaigused	6	0%	4	0%
Kasvajad	33	2%	35	4%
Vere- ja vereloomeelundite haigused ning teatud immuunmehhanismidega seotud haiguseisundid	6	0%	6	1%
Sisesekreetsiooni-, toitumis- ja ainevahetushaigused	114	6%	31	3%
Psüühika- ja käitumishäired	486	<b>26%</b>	484	<b>54%</b>
Närvisüsteemahaigused	183	10%	83	9%
Silma- ja silmamanuste haigused	22	1%	14	2%
Kõrva- ja nibujätkehaigused	41	2%	37	4%
Vereringeelundite haigused	12	1%	6	1%
Hingamiseldite haigused	499	<b>27%</b>	8	1%
Seedeelundite haigused	12	1%	7	1%
Naha- ja nahaaluskoe haigused	31	2%	2	0%
Lihaskonna- ja sidekoehaigused	77	4%	62	7%
Kuse- ja suguelundite haigused	4	0%	6	1%
Rasedus, sünnitus ja sünnitusjärgne periood	1	0%	0	0%
Sünniperioodis tekkivad teatavad seisundid	30	2%	1	0%
Kaasasündinud väärarendid, deformatsioonid ja kromosoomianomaaliad	209	11%	42	5%

<sup>4</sup> Puuete definitsioonid:

- raske puue: isik vajab kõrvalabi, juhendamist või järelevalvet iga ööpäev;
- sügav puue: isik vajab pidevat kõrvalabi, juhendamist või järelevalvet kogu ööpäeva.

## MEDITSIINILISTE ERIVAJADUSTEGA LASTE ÜLDHARIDUSE UURING

Mujal klassifitseerimata sümptomid, tunnused ja kliiniliste ning laboratoorsete leidude hälbed	59	3%	0	0%
Vigastused, mürgistused ja teatavad muud välispõhjuste toime tagajärjed	20	1%	75	8%
Kõikidest haigustest kutsehaigused	0	0%	0	0%

Allikas: Sotsiaalkindlustusamet, 2010

Kokkuvõttes kitsendasime eeltoodud pikaajalise haiguse esinemise sageduse hinnangu vaid somaatilistele haigustele ning kaudse, ent konservatiivse hinnangu alusel on **vähemalt 3,2% (ehk ligi 6000-l) Eesti kooliealisel lapsel** (ja ligi 10 000 lapsel vanuses 0–18 aastat) **pikaajaline kehaline (somaatiline) haigus**. Need on lapsed, kes **vajavad kas ajutiselt või pikaajaliselt meditsiinilist erihoolt**. Osa neist lastest vajab kindlasti ka haridus- ja tervishoiusüsteemi omavahelist kohandumist, et neil oleks võimalik saada võrdväärselt kooliharidust, ilma et nende tervises seisund kannataks.

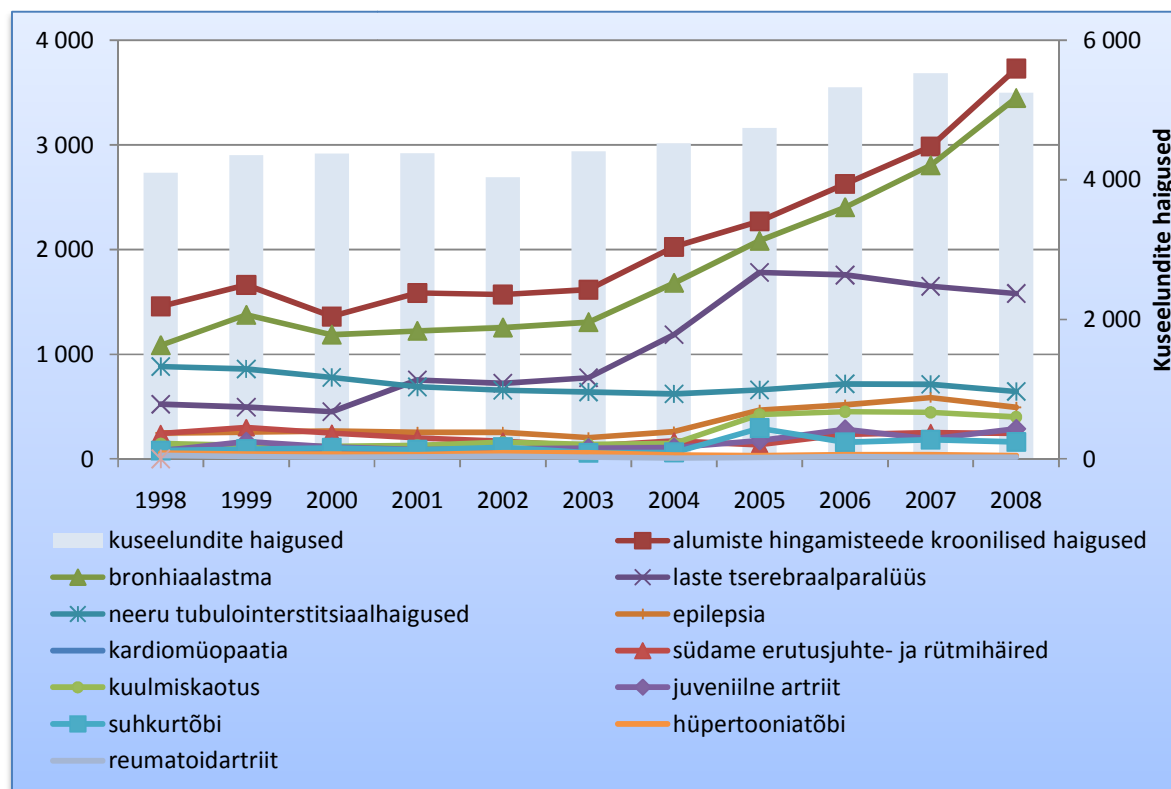
Eeltoodud hinnang on aluseks nii meditsiiniliste erivajadustega laste üldhulga kui ka potentsiaalsete sanatoorsete koolide õpilaste arvu hindamiseks. Arvestades, et kindlasti ei vaja kõik meditsiinilise erivajadusega lapsed kohta erikoolis, oleme põhjalikuma käsitluse võimalikust intensiivse ehk sanatoorse kooli jaoks sobivast sekkumise sihtrühmast esitanud lisas 2.

### LASTE HAIGESTUMISE TRENDID

Eelneva kaudse üldhinnangu kohta ajalise võrdluspildi saamiseks vaatlesime kolmanda infoallikana Tervise Arengu Instituudi kogutud tervisestatistika andmeid.

Kõige ülevaatlikuma pildi laste ja noorte tervislikust olukorrast saab tervishoiuteenuste osutajate statistilistest aruannetest, mis sisaldavad esmaseid pöördumisi. Need andmed näitavad mõnede kroonilisi seisundeid sisaldavate **haiguste** (nt astma ja hingamisteede haigused, diabeet, juveniilne artriit jt) **iga-aastast suurenemist** (vt joonis 4).

### Joonis 4. 0–14aastaste haigestumine eri haigustesse 1998–2008



Allikas: Tervise Arengu Instituut, 2010

#### HAIGUSKOORMUS

Neljanda andmeallikana kasutasime ülevaadet haigustest ja puuetest põhjustatud haiguskoormuse ehk tervisekaotuse kohta. Need arvutused põhinevad Eesti Haigekassa andmetel. Meetodi väljundiks on haiguste ja nende põhjustatud surmade tõttu kaotatud eluaastad rahvastikus. Haiguskoormuse ehk tervisekaotuse hindamise meetodika ühendab suremuse ja haigestumuse andmed ühtseks tervikuks.

2004. a avaldatud analüüsis (2002. a andmeid kasutades) hinnati suremuse ja haigestumise tõttu kaotatud eluaastaid erinevates vanusegruppides. Kokku kaotati **0–19aastaste** seas **suremuse tõttu 6549** eluaastat ning samas vanusegrupis **haigestumise tõttu 23 571** eluaastat (SoM, 2004). Selgub, et lapseale (0–19 aastat) langeb **8% kogu haiguskoormusest**.

Järgnevas tabelis on ära toodud suremuse ja haigestumise tõttu kaotatud 5–19aastaste vanusegrupis. Nagu tabelist näha, on kõige enam suremuse tõttu kaotatud eluaastaid 5–19aastaste grupis väliste põhjuste tagajärjel. Kokku kaotatakse 5–19aastaste seas 3728 eluaastat ning samas vanusegrupis haigestumise tõttu 14494 eluaastat.

**Tabel 2.** Suremuse ja haigestumise tõttu kaotatud eluaastad 5–19aastaste vanusegrupis

	Suremuse tõttu	Haigestumise tõttu
<b>Hingamiselundite haigused</b>	108	1450
<b>Kasvajad</b>	470	1725
<b>Kuse- ja suguelundite haigused</b>	0	299
<b>Liigese-lihasehaigused</b>	0	1974
<b>Muud haigused ja seisundid</b>	160	2451
<b>Nakkushaigused</b>	26	452
<b>Neuroloogilised haigused</b>	137	1482
<b>Psühhiaatrilised haigused</b>	0	1946
<b>Seedeorganite haigused</b>	30	228
<b>Südame-veresoonkonna haigused</b>	111	550
<b>Välised põhjused</b>	2601	1146
<b>Väärarengud ja sünnitusega seotud seisundid</b>	85	791
<b>KOKKU</b>	<b>3728</b>	<b>14494</b>

Allikas: SoM, 2004

Haiguskoormus, mida mõõdetakse kaotatud täisväärtuslikes eluaastates, võimaldab hinnata **haiguste mõju inimkapitalile** tööturu ja majanduse kontekstis. Laste seas kaotatakse eluaastaid pigem haigestumise tõttu, kuid need aastad võivad avaldada mõju hilisemale elule täiskasvanuna. Nii iga lapse kui ka kogu ühiskonna jaoks on oluline, et lapseas tervise tõttu kaotatud aastad ei määraks ka kehva hariduse tõttu vähem väärtusliku elu elamist täiskasvanueas.

#### KOKKUVÕTE KROONILISTE HAIGUSTEGA LASTE HARIDUSVAJADUSTE KOHTA

Meil on olemas koondstatistika nii laste ja noorte haiguste kui ka puute kohta, kuid siiski ei ole teada, kui paljud neist lastest vajaksid pidevat meditsiinilist järelvalvet. Meie antud kaudne hinnang (**3,2% ehk ligi 6000 õpilast**) annab ettekujutuse sellest, kui paljude laste jaoks on vaja eritähelepanu, ja sõltumata koolikorralduse teoreetilistest kaalutlustest on riigi kohustus tagada neile võrdväärne võimalus saada üldharidus. Neist umbes 3000 kuuluvad sihtrühma, kellele sobiks koolikeskkond, mis päevasel ajal on kohandatud pidevaks meditsiiniliseks järelevalveks ja ka õppetöö on vastavalt kohandatud. Umbes 580 õpilast vajaksid oma terviseseisundi tõttu kas pidevat või haiguse ägenemise perioodil ööpäev läbi meditsiinilist järelvalvet, mida seni on pakkunud ainult sanatoorsed koolid.

Mitte kõik ei vaja kohta sanatoorses koolis ja see oleks mõeldamatu ka praktilisest seisukohast. Konkreetne koolikorraldus peab lähtuma **meditsiinilise, haridusliku ja sotsiaalse tausta komplekssest käsitusest**.

Võime arvata, et pidevat meditsiinilist järelvalvet vajavad raske ja sügava puudega lapsed, kuid lisanduvad kindlasti ka lapsed, kes vajavad pidevat meditsiinilist järelvalvet oma haigusliku eripära tõttu, kuid ei pruugi olla selle jaoks vormistanud puudeastet.

Päris kindlasti võib eeldada, et raskem sotsiaal-majanduslik olukord takistab perekonnal luua vajadusel ise täiendavaid eritingimusi kroonilise haiguse kontrolli all hoidmiseks. Eestis elab suhtelises vaesuses ligikaudu viiendik lastest, mis krooniliste haiguste puhul tähendab rohkem kui 1000 last.

## 4.2. Meditsiiniliste erivajadustega laste õppimisvõimalused sanatoorsetes koolides

Käesolevas peatükis kirjeldame eelmises peatükis kirjeldatud meditsiiniliste erivajadustega laste sihtrühmale spetsiaalselt kohandatud võimalusi teiste lastega võrdväärselt koolikohustuse täitmiseks. Olenevalt konkreetse erivajaduse spetsiifikast ja raskusastmest võivad hariduslike erivajadustega lapsed õppida

- integreeritult üldhariduskoolis;
- eriklassis, kus õpetus on suunatud eelkõige probleemist tuleneva erivajaduse ületamisele/kompenseerimisele;
- erikoolis (sh sanatoorses).

Kõigile erivajadusega lastele on omased üldised ja spetsiifilised arenguprobleemid (esmasel, mis tulenevad otsesest kahjustusest, või teisese, mis on esmase kahjustuse tagajärjeks), mida on võimalik pedagoogiliste meetmetega ennetada, leevendada või teisese mahajäämuse puhul kõrvaldada. Seega võib näiteks lapsel olla mingi somaatiline haigus ning lisaks käitumishäired ja sotsiaalsed probleemid või vastupidi (ehk põhiprobleemiks on käitumishäired / sotsiaalsed probleemid, millele lisandub mõni diagnoos, nt diabeet). Selliste õpilaste puhul tuleb sanatoorsel koolil lisaks kooli rollile võtta ka **sotsiaalkeskuse roll**. Nimetatud probleem tuli välja nii intervjuudest arstidega kui ka lastevanemate fookusgrupist.

Sanatoorsed koolid erinevad üldhariduskoolidest eelkõige selle poolest, et seal õpivad meditsiiniliste erivajadustega lapsed, kes vajavad pidevat meditsiinilist järelvalvet. See eeldab aga tihedat koostööd vähemalt haridus- ja teadusministeeriumi, haigekassa, Sotsiaalministeeriumi, arstide ja spetsialistide vahel. Meditsiiniliste erivajadustega laste puhul nendevaheline koostöö aga puudub ning jääb mulje, et need lapsed ja nende haridus ei ole kellegi mure. Nimetatud probleem tuli välja intervjuudest arstidega ja seda kinnitati ka Praxise mõttehommikul.

Õpilane suunatakse erivajadustega õpilaste kooli (sh sanatoorsesse kooli) või klassi ja/või määratakse talle sobiv õppekava lastevanema (eestkostja) kirjaliku avalduse ja maakonna või linna nõustamiskomisjoni otsuse alusel. Nõustamiskomisjoni tööprotseduurid ei erine oluliselt suunamise põhjuste vahel. Nõustamiskomisjoni suunatakse, kui lapsel on õpi- ja käitumisprobleemid, terviseprobleemid, erivajadused koolieelses eas või kui soovitakse koolikohustust ühe õppeaasta võrra edasi lükata. Alates 2011/2012 õppeaastast võib sanatoorsesse kooli õpilast suunata ka eriarst,

### 4.2.1. Sanatoorsed internaatkoolid

2009/2010. õa tegutses Eestis 43 erivajadustega laste kooli (sh 3 sanatoorset internaatkooli). Neist 24 olid riigikoolid, 15 munitsupaalkoolid ja 4 erakoolid. Kokku õppis erivajadustega laste koolides 3800 õpilast ja avatud oli 466 klassikomplekti. Erivajadustega laste klasse oli loodud 69 üldhariduskoolis ning erivajadustega lapsi õppis ka üldhariduskooli tavaklassides (HTM, 2010). Erivajadustega laste koolides õppivate laste arv on

viimastel aastatel natukene langenud. Kui 2007. a õppis kõigis erivajadustega lastele mõeldud koolides kokku 4172 last., siis 2010. a õppis neis 3760 last.

Sõltuvalt õpilaste vajadusest saada eriõpet, eriabi, kasvatus eritingimusi ja ravi, võib põhikool ja gümnaasium olla erikool või sanatoorne kool. **Sanatoorsed koolid** on mõeldud tervisehäiretega õpilastele. Sõltuvalt puude iseloomust peab lastele tagama eriõppe, arstiabi, taastusravi, puude korrigeerimise ja kompenseerimise. **Erivajadustega laste** kool on mõeldud keha-, kõne-, meele- ja vaimupuudega, samuti kasvatus eritingimusi vajavatele õpilastele (Haridusportaal).

Eestis töötab 2010/2011. aastal 5 meditsiiniliste erivajadustega laste kooli, millest kolm on sanatoorsed internaatkoolid ning kaks on mõeldud samuti somaatiliste haigustega lastele (vt tabel 3).

**Tabel 3. Meditsiinilise erivajadustega laste koolid Eestis 2010/2011. aastal**

<p><b>Haapsalu Sanatoorne Internaatkool.</b> 105 õpilast. Kooli pidaja on riik. Koolis on õpilasi kogu Eestist. Kool spetsialiseerub tugi- ja liikumisaparaadi talitlushäiretega õpilastele, kelle puude põhjus on kaasasündinud või omandatud.</p>
<p><b>Helme Sanatoorne Internaatkool.</b> 31 õpilast. Kooli pidaja on riik. Kooli teeninduspiirkonnaks on kogu Eesti ja kool spetsialiseerub krooniliste somaatiliste haigustega õpilastele (nt astma).</p>
<p><b>Keila-Joa Sanatoorne Internaatkool.</b> 97 õpilast. Kooli pidaja on riik. Koolis on õpilasi kogu Eestist ja kool spetsialiseerub südame- ja veresoonkonna haigustele. Eesti ainus keskkool pakub sanatoorne kooli.</p>
<p><b>Tallinna Konstantin Pätsi Vabaõhukool.</b> 55 õpilast. Kooli pidaja on riik. Koolis on õpilasi kogu Eestist ja kool on spetsialiseerunud bronhiaalastma, retsidiveeruva ja astmaatilise bronhiidi, mitteaktiivse tuberkuloosi, respiratoorse allergoosi, allergilise dermatiidi ja korduva kopsupõletikuga lastele.</p>
<p><b>Tartu Herbert Masingu Kool.</b> 233 õpilast. Kooli pidajaks on Tartu linn. Kooli teeninduspiirkonnaks on peamiselt Tartu maakond ning kool on mõeldud terviseprobleemidega (somaatilised haigused, kehapuuded, psüühikahäired) õpilastele. Erinevalt eelmistest koolidest ei ole tegemist internaatkooliga.</p>

Kuigi tabelist nähtub, et iga kool on mõeldud teatud tüüpi haigustega õpilaste õpetamiseks, siis tegelikkuses see nii ei ole. Näiteks **Keila-Joa Sanatoorne Internaatkool** on omal ajal spetsialiseerunud südame- ja veresoonkonna haigustega õpilaste õpetamisele, kuid tegelikult õpib seal ka paljude muude diagnoosidega lapsi (nt epilepsia, astma, allergia, söömishäired, depressioon, käitumishäired jm).

Sellesarnane on olukord ka **Helme Sanatoorses Internaatkoolis** ja **Tallinna Konstantin Pätsi Vabaõhukoolis**, kus muuhulgas järjest enam õpib ka käitumishäiretega lapsi. Kahes viimases koolis õpetatakse lisaks riiklikule põhikooli õppevakavale ka lihtsustatud õppekava alusel.

Kui Keila-Joa koolis kasutatakse tavaõppekavasid ja liigutakse edasi normaalses tempos, siis **Haapsalu Sanatoorses Internaatkoolis** kasutatakse küll üldhariduskooli põhiõppematerjale, kuid õpetaja ülesanne on muuta need materjalid õpilasele jõukohaseks, arvestades õpilaste haigusest tingitud erivajadusi. Suurel osal eelmainitud kooli õpilastest on taju, kontsentratsioonivõime, mälu ja mõtlemisprotsessid pärsitud ja



töövõime väiksem kui eakaaslastel. Need õpilased vajavad tavapärasest rohkem aega õppematerjali omandamiseks ja nende õppeaega on seetõttu pikendatud ühe aasta võrra.

**Tartu Herbert Masingu Kooli** suunatud õpilaste tervisenäidustused on erinevad: koolis õpib autistlikke, südame-veresoonkonna, allergia-, kopsu-, närvisüsteemi-, tugi- ja liikumisaparaadi jm haigustega õpilasi. Mõnel õpilasel esineb mitu organisüsteemi kahjustust, samuti võib esineda mitu diagnoosi korraga eri haigusgruppidest. Seetõttu vajavad kooliõpetajad mitmekülgset ettevalmistust ja peavad tundma erinevaid haigusi, nendega toimetulekut, oskama õpilast toetada ja julgustada, täitma samaaegselt mitmeid rolle. Masingu kool erineb eelnimetatud koolidest eelkõige seetõttu, et tegemist ei ole internaatkooliga, kuid on mõeldud erinevate meditsiiniliste erivajadustega lastele.

Haridusseaduse kohaselt tagab hariduslike erivajadustega lastele hariduse andmise kohalik omavalitsus (RT 1992, 12, 192). Uue põhikooli- ja gümnaasiumiseaduse järgi võib hariduslike erivajadustega õpilaste õppe paremaks korraldamiseks asutada ja pidada hariduslike erivajadustega õpilastele suunatud kooli. Riik tagab koolide asutamise ja pidamise nägemis-, kuulmis- ja kõnepuudega õpilastele, liikumispuudega õpilastele, kellel lisaks liikumispuudele esineb täiendav hariduslik erivajadus, liitpuudega õpilastele, intellektipuudega õpilastele, tundeelu- ja käitumishäiretega õpilastele ning kasvatuseritingimusi vajavatele õpilastele (RT I 2010, 41, 240).

See tähendab, et **riik on taganenud meditsiiniliste erivajadustega lastele eraldi kooli pidamise kohustusest**, isegi kui selline vajadus peaks Eestis eksisteerima.

Millel põhineb selline kitsendatud valik HEV-õpilastele haridusvõimaluste tagamisel riigipoolse kohustuse osas, ei selgu lõpuni seaduse seletuskirjast ega muudest ametlikest taustadokumentidest. Suurimaks probleemiks on HEV-õpilaste haridusvõimaluse sõnastamine kohaliku omavalitsuse kohustusena, ilma et oleks hinnatud ligilähedaseltki selle kohustuse ulatust kogu riigi või iga üksiku KOV jaoks. Riik paneb KOV-le küll ülesandeid, kuid rahalises mõttes on need tasakaalustamata (Aasmäe, 2010). Siinkohal on oluline veelkord meenutada, et haridus- ja teadusministeerium ei ole hinnanud meditsiiniliste erivajadustega laste arvu ega nende paiknemist Eestis.

#### 4.2.2. Hariduslike erivajadustega lastele osutatavad teenused

2010. a kinnitati Sotsiaalministeeriumi poolt koolitervishoiuteenuste määrus (RT I 2010, 57, 387), kus on toodud kooliõe tegevused ning nende aja, mahu, kättesaadavuse ja asukoha nõuded. Selle järgi on riigi asutatud hariduslike erivajadustega õpilaste koolis õe tööaeg vastavalt kooli õpilaste arvule **40 tundi nädalas 200 õpilase kohta** (tavakoolis 40 tundi 600 õpilase kohta). Koolitervishoiu teenust rahastatakse pearahana ühe õpilase kohta, mille hulka on arvestatud eri koormusega tegevused eri tervisevajadustega õpilastele.

Erivajadusega õpilasele on kooliõel aega arvestatud **kolm korda rohkem** kui tavalisele õpilasele. Seadusloojate põhjenduse järgi arvestatakse keskmise töökoormuse määramisel, et suuremat töökoormust erivajadusega lapsele kompenseerib samaväärselt väiksem koormus lapsele, kellel ei ole ühtegi terviseprobleemi ja kaebust. Samas kui tekib olukord, kus üldhariduskoolis on rohkem meditsiiniliste

erivajadustega lapsi, siis võivad nad ikka jääda meditsiinilise tähelepanuta, kuna õe tööaeg kulub rutiinsetele tegevustele (vaktsineerimised, tervisekontrollid jne).

Samuti on olukorras, kus puudub meditsiinilise erivajadusega lapse üheselt mõistetav definitsioon, raske hinnata, miks on täiendav koormus just kolm korda suurem ning kas piisab vaid täiendavast kooliõe ajast või vajavad sellised lapsed veel midagi.

Üldine hariduspoliitiline suund on järjest rohkem kaasata erivajadustega õpilasi tavakoolidesse. Samal ajal on märgata tendentsi teatud krooniliste haiguste (nt diabeet, psüühika- ja käitumishäired) sagenemiseks laste ja noorte hulgas (vt joonis 4). Seetõttu peab kooliõde olema valmis nõustama ja abi pakkuma krooniliste tervisehäiretega õpilastele nii tavakoolides kui ka hariduslike erivajadustega õpilaste koolides. Siinjuures tekib aga mitu probleemi.

Esiteks, kuigi õe tegevused koolis on seaduses välja toodud (vt lisa 1.7), on need pigem haigusi **ennetava ja nõustava iseloomuga**. See tähendab, et õde ei saa tegeleda otseselt meditsiiniliste erivajadustega õpilase raviga ning olulistel juhtudel sekkuda, mis võib olla väga oluline teatud haiguste puhul üldiselt või siis ägenemisperioodidel (nt kui diabeetik vajaks kiirelt insuliinidoosi muutmist, astmaatik või südamehaige hinnangut ägenenud seisundile vms).

Täiendavaks probleemiks on ka see, et **koolis ei pea enam olema kooliarsti**. See tähendab, et õpilane peab olema pidevalt perearsti jälgimise all, mis on perearstile lisakoormus ja ka õpilasele ebamugavam (perearsti järjekord, puudumine koolist jne). Suurem probleem tekib neil õpilastel, kes käivad kaugel koolis, aga kelle perearst asub kodukohas. See tähendab, et nad ei saa vastavalt vajadusele perearsti külastada ja nende ravi ei ole pidevalt arsti kontrolli all. Selline olukord võib pikemas perspektiivis õpilasel haiguse kulgu halvendada.

Kolmandaks probleemiks on see, et kooli meditsiinipersonalil (nii üldharidus- kui ka erikoolides) **puudub õpilase tervisliku seisundi kohta ülevaade**, kuna kehtiva seadusandluse kohaselt ei pea lapsevanemad ega teised tervishoiutöötajad seda infot kooli personalile jagama. See raskendab õpilase ravi järgimist ja vajalikku nõustamist.

Ja lõpuks, kehtiv kooliõe töökoormus ei lahenda olukorda üldhariduskoolides, kus soovitakse rakendada kaasava hariduse põhimõtteid. Kuna on teadmata, kui palju igas konkreetsetes koolis on erivajadusega lapsi, jääb selgusetuks, kuidas toimuks selle täiendava koormuse rahastamine.

Kokkuvõttes ei piisa erivajadusega lastele asjakohase meditsiinilise toe pakkumiseks pelgalt täiendavate tundide arvutamisest, kui eri osapoolte rutiinsete tegevuste kõrvale pole välja töötatud süsteemset koostoime mehhanismi.

### 4.3. Kokkuvõtte aruteludest

Käesoleva uuringu raames tehti intervjuud arstidega ja fookusgrupid õpetajate ning lastevanematega. Kõigi küsitletute ühine seisukoht oli see, et **sanatoorsed koolid on olulised ning neid ei tohiks ära kaotada**. Samuti

leidsid kõik, et **praegu ei ole üldhariduskoolid valmis** erivajadustega lapsi õpetama. Seega tuleb tõsta sanatoorsete koolide mainet ja levitada palju rohkem infot nende koolide kohta.

Toimus Praxise mõttehommik, kus püüti jõuda ühise arusaamani sanatoorsete koolide kohta. Nagu õpetajad, arstid ja lapsevanemad, leidsid ka mõttehommikul osalenud spetsialistid ja huvirühmade esindajad, et sanatoorsete koolide olukord on keeruline ja selle teemaga on oluline tegeleda. Lisaks jõuti ühise arusaamiseni ka sellest, et kiiresti on vaja kokku leppida **meditsiiniliste erivajadusega laste üheselt mõistetav määratlus**, ning märgiti selge eeltingimusena olukorra lahendamiseks eri poolte (eriti HTM ja SoM) **sisulist koostööd** meditsiinilise erivajadusega lastele võrdväärsete haridusvõimaluste nimel.

#### 4.3.1. Poolte arusaam sanatoorsetest koolidest

PRAXIS intervjuueeris analüüsi tarbeks arste ning korraldas fookusgrupe, kuhu kuulusid üldhariduskoolide õpetajad ja Keila-Joa sanatoorses koolis õppivate laste vanemad. Lastevanemate fookusgrupi küsitlemise eesmärk oli välja selgitada sanatoorsete koolide olulisus laste ja nende vanemate jaoks. Arstide küsitlemise eesmärk oli välja selgitada lapsed, kes vajaksid sanatoorset kooli, ning koostöö olukord arstidega. Üldhariduskoolide õpetajate fookusgrupi eesmärk oli välja selgitada üldhariduskoolide valmisolek meditsiiniliste erivajadustega laste õpetamiseks.

*Lastevanemate jaoks on sanatoorsed koolid väga olulised.*

Positiivse aspektina toodi nende koolide puhul välja just see, et lastele lähenetakse individuaalselt ning laps on pideva (sh meditsiinilise) jälgimise all. Peamiste sanatoorse kooli puudustena toodi välja selle koolitüübi halb maine ja infopuudus nende koolide kohta. Samuti nimetati ühe suure puudusena meditsiinipersonali vähenemist koolis ja seetõttu võib kahaneda ka sanatoorse kooli identiteet. Mainiti rahapuudust, mille tõttu ei saa kooli hooneid remontida. Ettepanekutena olukorra parandamiseks toodi sanatoorsete koolide parem reklaamimine (lastevanemad pidasid vajalikuks, et sealjuures oleks selgelt defineeritud ka sanatoorsete koolide olemus) ja parema rahastamise leidmine.

*Arstid kardavad, et sanatoorsete koolide kaotamisel võivad laste kroonilised haigused ägeneda.*

Arstide hinnangul vajavad sanatoorseid koole need lapsed, kes ei tule üldhariduskoolis oma tervisliku seisundi tõttu toime. Teoreetiliselt võivad kõigi krooniliste haigustega lapsed (astma, diabeet, südamehaigused jne) õppida küll üldhariduskoolis, kuid alati on oht, et ravi väljub kontrolli alt. Eriti komplitseeritud olukorras on need haiged lapsed, kes on pärit sotsiaalsete probleemidega perekonnast. Ei saa eraldi välja tuua diagnoose, mille puhul peaksid lapsed kindlasti sanatoorses koolis õppima, see oleneb siiski eelkõige haiguse raskusastmest ja ravile allumisest. Olulise miinusena tõid arstid välja ka infopuuduse sanatoorsete koolide kohta, mistõttu on sellel teemal ka koostöö arstide ja lastevanemate vahel nõrk.

Meditsiiniliste erivajadustega laste üldhariduskooli suunamisel kaasneks mitmete krooniliste haiguste ägenemine, eelkõige just sotsiaalsete probleemidega perede lastel. Olukorra parandamiseks tõid arstid lisaks suurema riigi toe vajadusele välja selle, et tuleks jagada ühiskonnas nende koolide kohta rohkem infot ning et nõustamiskomisjoni peaksid kuuluma ka arstid (komisjon peaks nägema ka last, mitte ainult tema pabereid).

*Üldhariduskoolide õpetajad ei ole valmis õpetama meditsiiniliste erivajadustega õpilasi.*

Üldhariduskoolide õpetajatel on meditsiiniliste erivajadustega laste õpetamisel vähe kogemusi. Üldiselt olid õpetajad seisukohal, et üldhariduskoolid ei ole valmis praegu veel õpetama meditsiiniliste erivajadustega lapsi. Selleks puuduvad nii õpetajatel teadmised kui ka koolil valmisolek (pidev meditsiinipersonali kohalolek, kaldteed ja invaliidid liikumispuuetega lastele jne). Ühe olulise probleemina tõid õpetajad välja ka selle, et tegelikult nad ei tea üldse oma õpilaste tervislikku seisundit ja seega ei saa neid vajaduse korral ka kuidagi aidata (nt kui õpilane saab tunnis krambihoo). Olukorra parandamiseks tõid üldhariduskoolide õpetajad välja selle, et võiks toetada ja arendada praegusi sanatoorseid koole, sh parandada ka nende koolide mainet.

#### **4.3.2. Mõttemommiku „Sanatoorsed koolid – kellele ja miks“ arutelu tulemused**

Mõttemommikul arutati sanatoorsete koolide teemat arstide, õpetajate, haridusametnike, kooli töötajate, lastevanemate ja teiste osapooltega. Arutelu peeti kolmes etapis ning põhjalikum ülevaade mõttemommiku tulemustest on toodud lisas 1.4.

Mõttemommikul jõuti ühiselt järgmiste järeldusteni.

- Kõiki meditsiiniliste erivajadustega lapsi ei saa suunata üldhariduskooli, vaid nad vajavad eraldi kohta (sanatoorset kooli). Samas on enne millegi alustamist oluline defineerida meditsiiniliste erivajadustega laps, välja selgitada, kui palju neid lapsi on, ning defineerida ka sanatoorse kooli mõiste.
- Sanatoorsesse kooli suunavad lapsi nõustamiskomisjonid, ent nende komisjonide funktsioon on ebaselge, eelkõige seetõttu, et sealt puudub arst. Seega oleks oluline vaadata üle nõustamiskomisjoni funktsioon ja tegevused.
- Sanatoorsete koolide tegevuse ja sisu kohta on nii ühiskonnal kui ka üldhariduskoolide õpetajatel ja lapsevanematel liiga vähe infot. Samuti levib sanatoorsete koolide kohta väärarusaam („lollidekool“, „pätikool“ jne). See on üheks põhjuseks, miks vanemad ei soovi oma meditsiiniliste erivajadustega lapsi sinna kooli panna.
- Üldhariduskoolid ei ole praegu veel valmis meditsiiniliste erivajadustega lapsi õpetama. Eelkõige puuduvad selleks praegusel hetkel vajalikud ressursid, samuti ei ole koolides piisavalt meditsiinipersonali. Segadust tekitab ka koolitervishoiu seadus. Tuleks täpselt defineerida, mis on koolitervishoid (sõrme sidumine *versus* raviskeemi jälgimine).
- Praegu Eestis olevad sanatoorsed koolid võiks arendada teabekeskusteks, kuna neil on olemas teadmised nii õpetamise, hoolduse kui ka meditsiini kohta.

## 5. Hariduslike erivajadustega laste õpetamise põhimõtted Eestis

Eesti seadusandluses, peamiselt haridusvaldkonnas, on kirjeldatud küll hariduslike erivajadustega lapsi, kuid selle alla liigitatakse kõik erijuhtumid, alates vaimupuuetest ja lõpetades eriti andekate lastega. Meditsiinilisi erivajadusi, st kroonilistest kehalistest haigustest tulenevaid erivajadusi defineeritud ei ole. Seetõttu on käesolevas peatükis Eesti seadusandlusest tuleneva kirjelduse all mõeldud hariduslike erivajadustega lapsi.

Alljärgnev ülevaade põhineb kehtiva seadusandluse kirjeldusel, asjakohase kirjanduse ülevaatel ning haridus- ja teadusministeeriumi andmetel. Nõustamiskomisjonide ja nõustamiskeskuste kohta on info saadud vastavate kodulehekülgedelt (vt kirjanduse loetelu). Esitatud hinnangud pärinevad Praxise mõttehommikust, intervjuudest ja fookusgruppidest (vt peatükk 4.3).

Hariduslike erivajadustega lapsi suunab vastavasse kooli tavaliselt nõustamiskomisjon (alates 2011/2012 õppeaastast ka eriarst). Nõustamiskomisjoni suunatakse lapsi, kellel on õpi- ja käitumisprobleemid, terviseprobleemid, erivajadused koolieelses eas või kui lapse koolikohustuse täitmise algust tahetakse ühe aasta võrra edasi lükata. Nõustamiskomisjon soovib lapsele kooli, lõpliku otsuse teevad vanemad. Nõustamiskomisjoni kuuluvad eripedagoog, logopeed, psühholoog, sotsiaaltöötaja ja maa- või linnavalitsuse esindaja. Ehkki komisjoni liikmed peavad otsuseid tegema ka meditsiiniliste erivajadustega laste kohta, **ei kuulu komisjoni koosseisu arst**. Lisaks nõustamiskomisjonidele on kõigis maakondades ka **nõustamiskeskused**. Kui nõustamiskomisjonide ülesandeks on pigem õpilaste suunamine, siis nõustamiskeskuste ülesandeks on õpilaste ja nende vanemate nõustamine.

Seadusandlusega on Eestis paika pandud nii koolikohustus, õppekorraldus kui ka poolte õigused, kohustused ja vastutus. Põhikooli- ja gümnaasiumiseaduses on eraldi välja toodud lastevanemate õigused, kohustused ja vastutus ning õpilaste õigused ja kohustused.

Kaasava hariduse kontseptsiooni eesmärgiks on eelkõige see, et **laps saaks õppida kodule lähimas koolis**. Kaasava hariduse tagamisel on vajalik täita mitmeid tingimusi, nagu näiteks vajaliku personali olemasolu, tugiõpe, tugirühmad jne (vt peatükk 5.2). Uuringutest (Avradimis jt) on välja tulnud, et kaasava õppe korraldamine ja õpikeskkonna vastav kohandamine on kooli juhtkonna ja õpetajate jaoks sageli keeruline, kuna puuduvad nii ressursid kui ka oskused. Seda mõtet kinnitasid ka Praxise mõttehommikul osalejad ja õpetajate fookusgrupis osalenud õpetajad. Arvestades, et HTM-il puudub ülevaade probleemist, on väga tõenäoline, et suur osa Eesti üldhariduskoolidest ei ole valmis kaasavat haridust rakendama.

Nii eri- kui ka üldhariduskoolide kohta võib tuua palju poolt- ja vastuargumente. Erikoolide peamiseks argumentideks on **vastava personali** olemasolu koolis ning **individuaalne lähenemine** lapsele. Üldhariduskoolide peamiseks pooltargumentiks on **võimalus õppida kodu lähedal koolis**. Erikoolide oluliseks vastuargumentiks on **vastuolu kaasava hariduse põhimõtetega** ning **ühiskonna negatiivne suhtumine erikoolidesse**. Üldhariduskoolide peamiseks vastuargumentiks on see, et väga paljudel koolidel **puuduvad tingimused** haridusliku erivajadusega lapse õpetamiseks.

### 5.1. Seadusandlus

Hariduse mõiste on defineeritud Eestis kehtivas haridusseaduses kui õppeprogrammidega ette nähtud teadmiste, oskuste, vilumuste, väärtuste ja käitumisnormide süsteem, mida ühiskond tunnustab ning mille omandatust ta kontrollib. Haridust liigitakse haridusseaduse järgi nii ülesannete alusel (üld-, kutse- ja huvihariduseks) kui ka tasemete alusel (alus-, põhi-, kesk- ja kõrghariduseks).

Eesti põhiseaduse kohaselt on kõigil õigus haridusele. Õppimine on kooliealistel lastel seadusega määratud ulatuses kohustuslik ning riigi ja kohalike omavalitsuste üldhariduskoolides õppemaksuta. Hariduse kättesaadavuse tagamiseks peavad riik ja kohalikud omavalitsused ülal vajalikul arvul õppeasutusi. Seaduse alusel võib avada ja pidada ka muid õppeasutusi, sealhulgas erakoole. Laste hariduse valikul on otsustav sõna vanematel. Hariduse andmine on riigi järelevalve all.

### KOOLIKOHUSTUS

Erivajadusega lapsed ei ole vabastatud koolikohustuse täitmisest. Eesti Vabariigi põhiseaduse § 37 sätestab, et igaühel on õigus haridusele. Õppimine on kooliealistel lastel Eestis seadusega määratud ulatuses kohustuslik ning riigi ja kohalike omavalitsuste hallatavates üldhariduskoolides õppemaksuta. Hariduse kättesaadavaks tegemisel peavad riik ja kohalikud omavalitsused ülal vajalikul arvul õppeasutusi.

Võrdsete õiguste printsiibist tuleneb, et kõigi inimeste vajadused on võrdse tähtsusega ja et need vajadused peavad olema ühiskonna planeerimise aluseks. Kõiki ressursse tuleb kasutada selliselt, et kindlustada kõigi inimeste võrdsed osalemisvõimalused (EV invapoliitika üldkontseptsioon).

Laste hariduse valiku teevad Eestis tavaliselt lastevanemad. Hariduse andmine allub Eestis riiklikule järelevalvele. Laste õigusest haridusele räägib ka Eesti Vabariigi lastekaitse seadus, mille kohaselt on igal lapsel õigus haridusele ning peab välja arendama lapse vaimsed ja kehalised eeldused ning kujundama tervikliku isiksuse.

Koolikohustus kestab Eestis 7. eluaastast kuni põhihariduse omandamiseni või 17-aastaseks saamiseni. Koolikohustuslik isik, kes tervises seisundi tõttu ei ole koolikohustuslikku ikka jõudes saavutanud õpingute alustamiseks vajalikku koolivalmidust, võib nõustamiskomisjoni soovitusel asuda koolikohustust täitma ühe õppeaasta võrra hiljem. Koolikohustuse täitmise alustamise edasilükkamise taotluse esitab vanem nõustamiskomisjonile (RT I 2010, 41, 240). Koolikohustuse täitmise edasilükkamise tingimused ja korra kehtestab sotsiaalminister.

### ÕPPEKORRALDUS

Haridusliku erivajadusega õpilase õppe korraldamisel lähtutakse 2010. a vastu võetud põhikooli- ja gümnaasiumiseaduse järgi *kaasava õppe* põhimõtetest. Selle kohaselt õpib haridusliku erivajadusega õpilane üldjuhul elukohajärgse kooli tavaklassis (RT I 2010, 41, 240). Õppekorralduse küsimused peavad sama seaduse põhjal olema kooli õppekavas ära toodud.

Samas kohustab põhikooli- ja gümnaasiumiseadus koole tagama võrdväärse üldhariduse igale õppeasutuse teeninduspiirkonnas elavale koolikohustuslikule lapsele. Hariduslike erivajadustega õpilaste rühmad ja klasside loomise seisukohad loetleb põhikooli ja gümnaasiumiseadus, kus õppe paremaks korraldamiseks ja õpilastele vajalike tugiteenuste loomiseks soovitatakse koolidel luua järgmisi erirühmi ja -klasse:

- õpiabirühmi põhiharidust omandavatele õpilastele eripedagoogilise või logopeedilise abi osutamiseks, rühmatäitumuse piirnorm 6 õpilast;
- klasse põhiharidust omandavatele käitumisprobleemidega õpilastele, klassitäitumuse piirnorm 12 õpilast;
- klasse raskete somaatiliste haigustega õpilastele, klassitäitumuse piirnorm 12 õpilast;
- klasse kõne-, nägemis-, kuulmis- või liikumispuudega õpilastele, klassitäitumuse piirnorm 12 õpilast;
- klasse põhiharidust omandavatele õpiraskustega õpilastele, klassitäitumuse piirnorm 12 õpilast;
- klasse põhiharidust omandavatele lihtsustatud õppel olevatele õpilastele, klassitäitumuse piirnorm 12 õpilast;
- klasse põhiharidust omandavatele tundeelu- ja käitumishäiretega õpilastele, klassitäitumuse piirnorm 8 õpilast;
- klasse põhiharidust omandavatele liitpuuetega õpilastele, klassitäitumuse piirnorm 6 õpilast;
- klasse põhiharidust omandavatele toimetulekuõppel olevatele õpilastele, klassitäitumuse piirnorm 6 õpilast;
- klasse põhiharidust omandavatele õpilastele, kellel nõustamiskomisjon on spetsiifilistest hariduslikest erivajadustest tulenevalt soovitanud õppida väikeklassis, sh autismispektri häiretega, aktiivsus- ja tähelepanuhäiretega või sõltuvushäiretega õpilased või õpilased, kelle andekus kombineerituna mõne muu erivajadusega toob kaasa vajaduse õppida väikeklassis, klassitäitumuse piirnorm 4 õpilast;
- klasse põhiharidust omandavatele hooldusõppel olevatele õpilastele, klassitäitumuse piirnorm 4 õpilast;
- klasse põhiharidust omandavatele kasvatusraskustega õpilastele, klassitäitumuse piirnorm 12 õpilast.

Eelnevas loetelus on mainitud ühe võimalusena ka eraldi klassid raskete somaatiliste haigustega lastele. Tegu on siiski vaid soovituselise, mille täitmisega seotud kulude katmine ei ole üheselt selge.

Seaduse järgi peab iga kooli põhimääruses olema kirjas, millised konkreetset HEV-õpilaste klassid ja rühmad just selles koolis tegutsevad. PGS-i alusel on lubatud koolil moodustada kahest või kolmest HEV-õpilaste klassist koosnev liitklass, mille õpilaste arv ei tohi ületada 12 õpilast. Haridus- ja teadusminister kehtestab ka HEV-õpilaste klassides ja rühmades õppe ja kasvatus korraldamise alused.

Eraldi on haridus- ja teadusminister välja andnud määruse, mis sätestab parandusrühma töökorralduse alused spetsiifilise õpivulumuste hälvetega, mootorika ning segatüüpi arenguhälvetega, nägemis- või kuulmishälvetega lastele. Selle määruse aluseks on riiklik õppekava. HEV-õpilastel on võimalik üle minna koduõppele lastevanema soovil, tervislikel põhjustel või haiglas viibides. Määruses nr 61 sätestab haridus- ja teadusminister individuaalse õppekava järgi õppimise korra. Individuaalse õppekava algatajaks on lapsevanem või kool, kuid lõpliku otsuse teeb kooli õppenõukogu.

Kokkuvõttes on Eesti õigusruum kohandunud peaaesjalikult vaimsete ning füüsiliste puuetega laste vajadustele, eeldades näiteks meditsiiniliste erivajaduste rahuldamist üldhariduskoolis kaasava õppe põhimõttel. Samas on selle idee rakendamine seadusandluses sisuliselt vastuseta ning viidatakse üldsõnaliselt kooli pidaja (ehk kohaliku omavalitsuse) vastutusele.

## ÕIGUSED, KOHUSTUSED JA VASTUTUS

Seadusandlusega on muuhulgas sätestatud ka õpilase ning vanema või eestkostja õigused ja kohustused ning koolitöötajate õigused ja kohustused (vt lisa 1.6). Seadusandluses nimetatud õigused ja kohustused laienevad ka hariduslike erivajadustega lastele ning nende vanematele. See tähendab seda, et õpilastel on muuhulgas õigus igakülgsel kvaliteetsele üldharidusele ja tervise kaitsele. Kõige suuremaks probleemiks on just aga tervise kaitse tagamine õpilastele. 2008. a tegi õiguskantsler kontrollkäigu Keila-Joa sanatoorsesse kooli ja leidis, et praeguse seadusandluse kohaselt ei saa sealsetele õpilastele tagada vajalikku ravi. Seega ei ole tagatud õpilastele õigust täielikule vaimse ja füüsilise turvalisuse ning tervise kaitsele.

## 5.2. Nõustamiskomisjonid

Erivajadusega lapse õppe- või kasvatusasutusse suunamist korraldab nõustamiskomisjon, mille tööd reguleerib haridusseadus, kus on öeldud, et õppe- ja kasvatusasutuse tüüp või õppevorm määratakse või soovitatakse erivajadusega inimestele meditsiiniliste, psühholoogiliste ja pedagoogiliste uuringute põhjal. Õpilane suunatakse HEV-lastekooli või klassi ja/või määratakse talle sobiv õppekava lastevanema kirjaliku avalduse ja maakonna või linna nõustamiskomisjoni otsuse alusel. Nõustamiskomisjonid moodustatakse maakondades maavanema korraldusel ja sinna kuulub tavapäraselt 5 liiget: eripedagoog, logopeed, psühholoog, sotsiaaltöötaja ja maa- või linnavalitsuse esindaja. Nõustamiskomisjoni ülesannete hulka kuuluvad

- erivajadusega õpilastele võimetekohase õppekava ja õppevormi määramine;
- lastevanema nõusolekul õpilase suunamine sanatoorsesse, erivajadustega õpilaste kooli või klassi/erilasteaeda, sobitusrühma või erirühma.

Nõustamiskomisjoni otsus on soovituslik, lõpliku otsuse lapse suunamise kohta HEV-lastekooli või klassi teeb lastevanem. Erivajadustega õpilaste nõustamiskomisjoni suunamise tingimused ja kord on kirjas haridus- ja teadusministri määruses. Kuna nõustamiskomisjoni töökorra kehtestab komisjoni moodustaja (ehk maavanem), siis võivad nende komisjonide istungid toimuda maakonniti väga erinevalt (nii 1–2 korda aastas kui ka iga kuu).

Praegu on Eestis 20 nõustamiskomisjoni, mis on moodustatud kõikides maakondades maavanema korraldusega. Lisaks on suuremates linnades moodustatud ka linnakomisjonid.

### Nõustamiskomisjoni suunamine

Nõustamiskomisjoni suunatakse lapsi peamiselt neljal erineval põhjusel: õpi- ja käitumisprobleemidega, terviseprobleemidega, erivajadustega koolieelses eas või koolikohustuse täitmise edasilükkamisega ühe aasta võrra (Kontor, 2006).

## ÕPI- JA KÄITUMISPROBLEEMIDEGA LAPSED

Kõige sagedasemaks suunamise põhjuseks on õpi- ja/või käitumisraskused, mille ületamiseks koolis rakendatud õpiabivõimalused (individuaalne juhendamine, konsultatsioonid, logopeediline abi, parandusõpe, individuaalne õppekava, positiivse käitumise kujundamise tugikava) ei ole märgatavaid tulemusi andnud. Probleemi märgates avatakse koolis õpilase vaatluse kaart, milles fikseeritakse lapse arengu jälgimise



tulemused. Vajalik on õpi- ja käitumisprobleemidega laste puhul konsulteerida ja nõustada ka nende vanemaid, kuidas nad saavad juhendada laste koduste õppeülesannete täitmist või kujundada positiivset käitumist.

Kui lapsega tehtav lisatöö ja rakendatud õpiabivõimalused ei anna oodatud tulemusi, teeb klassijuhataja õppenõukogule ettepaneku suunata laps nõustamiskomisjoni. Õpilase nõustamiskomisjoni suunamine saab toimuda vaid lastevanema/eestkostja nõusolekul või algatusel. Nõustamiskomisjoni pädevus on anda soovitusi erivajadustega õpilaste õppe- ja kasvatustöö korraldamiseks, st võimetekohase õppekava või õppevormi määramine.

#### TERVISEPROBLEEMIDEGA LAPSED

Teiseks nõustamiskomisjoni suunamise põhjuseks võib olla õpilase tervisehäire, mille korral on lapsel soodsamad õppimistingimused raskelt kulgevate somaatiliste haigustega laste (sanatoorses) koolis. Sel juhul on algatajaks enamasti lapsevanem, keda on eelnevalt nõustanud pere- või eriarst. Kui laps on jõudnud juba nõustamiskomisjoni, siis järelikult on õpiraskustega ja/või terviseprobleemidega õpilane muutunud hariduslike erivajadustega lapseks, kelle vajadused erinevad kaasõpilastest sedavõrd, et õppe- ja kasvatustöö korraldus ei toeta piisavalt tema võimete arengut. Igal lapsel peab olema õigus ja võimalus saada oma vaimsele potentsiaalile vastavat õpetust, kuid vajalike tingimuste loomine on lasteasutuse või kooli pidaja ülesandeks.

Kui õppenõukogu on teinud otsuse suunata laps nõustamiskomisjoni, määratakse ka koolipoolne esindaja, kes vastutab nõustamiskomisjonile esitatavate dokumentide kogumise ja õigeaegse esitamise eest ning osaleb õpilase probleemide lahendamisel vastaval istungil. Kool esitab nõustamiskomisjonile järgmised dokumendid:

- õppenõukogu otsus õpilase nõustamiskomisjoni suunamise kohta,
- õpilase vaatluse kaart,
- iseloomustus,
- tervisekaart,
- väljavõte õpilasraamatust,
- klassitunnistus koos väljavõttega õppeveerandi kestel saadud hinnetest, kui nõustamiskomisjoni suunatakse laps õppeveerandi sees,
- eriarsti suunamiskiri või tõend,
- psühhiaatri tõend, juhul kui on ettepanek määrata õpilasele võimetekohane õppekava või suunata ta tasandusklassi või keha-, kõne-, meele- või vaimupuudega või psüühikahäiretega laste klassi;
- neuroloogi tõend, juhul kui on ettepanek suunata õpilane kehapuudega laste klassi;
- kõrvaarsti tõend koos audiogrammiga, kui ettepanek on suunata kuulmispuudega laste klassi;
- silmaarsti tõend, kui ettepanek on suunata nägemispuudega laste klassi;
- eriarsti suunamiskiri, juhul kui on ettepanek suunata õpilane raskelt kulgevate somaatiliste haigustega laste sanatoorsesse kooli;
- logopeediline diagnoos koos kõne iseloomustusega, kui õpilane on osa võtnud kõneravi tundidest.

Valla- või linnavalitsus peaks võimaldama erivajadustega õpilastel õppida elukohajärgses koolis, selleks vastavaid tingimusi luues. Vastavate tingimuste puudumisel on aga eriabi vajaval lapsel õigus õppida lähimas tingimustele vastavas koolis, mida soovitab nõustamiskomisjon oma istungil. Eelkõige puudutab see õppekava küsimust. Kui nõustamiskomisjon on soovitanud eriarstide uuringutulemustele ja soovitudele toetudes alustada või jätkata õpinguid tavaõppekavast erineva õppekava (põhihariduse lihtsustatud kava või toimetulekukava) alusel, kuid lapsevanem soovib jätkata lapse õpinguid elukohajärgses koolis sama klassi tingimustes, võimaldatakse talle seda. Sel juhul koostatakse lapsele individuaalne õppekava, milleks saadakse suunised ja õppesisu komisjoni määratud õppekavast.

Lähtutakse seisukohtadest, et võimetekohase õpetuse lapsele peab kindlustama kool, kus ta õpib. Otsustav sõna kooli valikul on aga lastevanema(te)l.

Haridus- ja teadusministeerium või valla-/linnavalitsus võib vajadusel moodustada riigi- või munitsipalkoolis võimetekohaseks õpetamiseks järgmisi eriklasse:

- keha-, kõne-, meelepuuete ja psüühikahäiretega lastele;
- tasandusklassid õpiraskustega lastele;
- abiklassid kerge vaimupuudega lastele;
- toimetulekuklassid mõõduka vaimupuudega lastele;
- hooldusklassid raske ja sügava vaimupuudega lastele.

Tervisehäiretega laste õpetamiseks on Eesti Vabariigis moodustatud mitmeid eritingimusi arvestavaid koole: Haapsalu Sanatoorne Internaatkool, Helme Sanatoorne Internaatkool, Tallinna K. Pätsi Vabaõhukool, Keila-Joa Sanatoorne Internaatkool, Orissaare Internaatkool, Vastseliina Internaatkool. Meelepuueteiga lapsi õpetatakse Tartus Hiie Koolis ja Emajõe Koolis. Igas maakonnas ja suuremates linnades on olemas vähemalt üks põhihariduse lihtsustatud või toimetulekukava alusel õpetav kool õpiraskustega lastele (Kammeri Kool, Kaelase Kool, Kallmäe Kool, Kiigemetsa Kool, Kosejõe Kool, Kõpu Internaatkool, Lahmuse Eriinternaatkool, Palivere Eriinternaatkool, Pärnu Internaatkool, Raikküla Kool, Urvaste Kool, Vaeküla Kool, Ämmuste Kool, Porkuni Kool, Valga Internaatkool, Ahtme Kool, Pärnu Kuninga Tänav Põhikool, Tallinna I Internaatkool, Tartu Maarja Kool, Tartu Kroonuaia Kool). Mitmete nimetatud koolide juures tegutsevad ka arendusklassid liitpuudega või sügava vaimupuudega lastele. Õpilasel on õigus jätkata õpinguid endises koolis, kui tema vajadus õppida sanatoorses koolis või erivajadustega õpilaste koolis lõpeb.

### KOOLIEELSES EAS ERIVAJADUSTEGA LAPSED

Nõustamiskomisjoni tegevusvaldkonda kuulub ka töö koolieelses eas lastega, kelle jaoks tavarühma tingimused ei ole arengut toetavad. Laste individuaalsust arvesse võttes on lasteasutustes võimalik moodustada erirühmi, mis tagavad erivajadustega lastele vajalikud arengutingimused ja jõukohase kooli ettevalmistuse.

### KOOLIKOHUSTUSE TÄITMISE EDASILÜKKAMINE ÜHE ÕPPEAASTA VÕRRA

Üheks nõustamiskomisjoni ülesandeks on otsustada lastevanema taotlusel koolikohustuse edasilükkamine. Nimetatud tegevuses lähtub nõustamiskomisjon sotsiaalministri määrusest, mis rakendub lastele, kes eelmise aasta 1. oktoobrist kuni jooksva aasta 30. septembrini (kaasa arvatud) saavad 7-aastaseks.

Koolikohustuse täitmise edasilükkamise võib algatada ka arst, lasteaia õpetaja, logopeed jt, kuid aluseks on lapse tervise seisund, mille kohta annavad kirjaliku arvamuse perearst, lastearst või lastepsühhiaater. Arvestatavateks terviseprobleemideks on äge haigus, krooniliste haiguste ägenemine või raske trauma, mis on vajanud pikaajalist haiglaravi (üle 6 nädala) viimasel aastal enne kooli astumist; kõne ja keele arenguhäired (logopeedilise uuringu alusel) või neurootilised häired; samuti segatüüpi spetsiifilised või pervasiivsed arenguhäired.

Tartu õpiabi- ja nõustamiskomisjon on toonud välja, et kui tõhusamalt teostada nõustamiskomisjoni nimetuses olevat rolli – nõustamine –, siis oleks vaja, et nõustamiskomisjonide juurde või asemele tekiks **piirkondlikud nõustamiskeskused**, kus spetsialistid tegeleksid laste eripedagoogiliste-psühholoogiliste uuringute, diagnostilise õpetamise või arendustegevusega. Õpetajad, lastevanemad vajavad spetsialistide nõuandeid ja asjatundlikku juhendamist lapse probleemidega toime tulekuks. Positiivseid näiteid võib tuua Pärnu Õpinõustamiskeskuse, Tartu Kroonuaia Kooli ja Tallinna Ristiku Põhikooli juures tegutsevate keskuste tegevusest laste õpi- ja käitumisprobleemide lahendamisel. Nõustamiskomisjonide istungite ajal napib selleks aega ja võimalusi.

Praxise mõttehommikult ja intervjuudest arstidega tuli välja, et meditsiiniliste erivajadustega laste puhul tekib nõustamiskomisjoni korralduses rida olulisi probleeme. **Põhiline puudus on nõustamiskomisjoni pikaajaline ja kohmakas otsustusprotseduur**, mis ei sobi somaatilise haiguse kui kiirelt muutuva kuluga erivajadusega tegelemiseks. Näiteks on sanatoorset kooli vajaval õpilasel keeruline sinna minna vaid paariks-kolmeks kuuks (nt vajaks seda laps, kellel on avastatud diabeet ning kes peab harjuma uue rutiini ja elustiiliga). Teiseks oluliseks probleemiks on see, et komisjonides **puudub arst**, mis tekitab küsimuse komisjoni otsuse kompetentsuse kohta, kui on tegemist haigete laste ja nende suunamisega. Kuigi 2011/2012 õppeaastast alates võib somaatiliste haigustega lapsi suunata kooli ka eriarst, siis jääb ikka mingi osa õpilasi ka nõustamiskomisjoni suunata, eriti need lapsed, kellel on lisaks haigusele ka käitumishäired vms.

### 5.3. Õppe-nõustamiskeskused

2008. a teisel poolel käivitus Riikliku Eksami- ja Kvalifikatsioonikeskuse õppe-nõustamiskeskuste programm, mille tegevust toetab ESF. **Programmi eesmärk** on piirkondlike õppe-nõustamiskeskuste loomise ja nõustamiskvaliteedi arendamise kaudu parandada nõustamisteenuse kättesaadavust õpilaste koolist väljalangevuse ennetamiseks ja noorte edasise toimetuleku ning konkurentsivõime suurendamiseks igapäevaelus ja tööturul.

Programmi kaasatud partnerid on valitud ja nimetatud koostöös omavalitsusüksuste maakondlike liitude ja maavalitsuste haridusosakondadega. Partnerite ülesanne programmis on tegelda kõiki õppeasutusi teenindava tugikeskuse ehk õppe-nõustamiskeskuse loomise ja väljaarendamisega (Eksamikeskus, 2010).

**Programmi raames** (Eksamikeskus, 2010)

- võetakse tööle piirkondlikud koordinaatorid, kelle ülesanne on tagada õppe-nõustamissüsteemi kohapealne arendustöö;

- luuakse igasse maakonda ja Tallinna linna õppe-nõustamiskeskused, kus pakutakse psühholoogilist, eripedagoogilist, logopeedilist ja sotsiaalpedagoogilist nõustamisteenust;
- töötatakse välja täiendkoolituskava ja koolitatakse keskuste spetsialiste ja juhatajaid-koordinaatoreid;
- vaadatakse üle nõustamisteenuse kvaliteedi hindamise põhimõtted ja alused ning nõustamiskomisjonide roll ja tööjaotus;
- luuakse veebiportaal õppe-nõustamisspetsialistidele ja teenuse sihtgrupele, kuhu koondatakse kogu programmi puudutav ning nõustamiskeskusi tutvustav info, elektroonilised juhend- ja abimaterjalid.

2011. aastaks töötab 16 piirkondlikku õppe-nõustamiskeskust, neist enamik alustas sellist tööd esmakordselt. Iga piirkonna nõustamiskeskus on omanäoline ning töö kohandatakse asukoha vajadusi silmas pidades (Eksamikeskus, 2010).

Projekti raames alustasid õppe-nõustamiskeskused tööd Harjumaal, Ida-Virumaal, Läänemaal, Põlvamaal, Raplamaal, Saaremaal, Viljandimaal, Võrumaal, Hiiumaal ja Jõgevamaal, Järvamaal, Lääne-Virumaal, Valgamaal ja Tallinnas. Varasemalt (enne 2008. a) on aktiivsemalt nõustamisega tegelenud Pärnu ja Tartu nõustamiskeskused. Kõigis keskustes võtavad vastu eripedagoog, psühholoog, logopeed ning mõnedes kohtades ka sotsiaalpedagoog. Lisaks tegelevad nägemis-, kuulmis- ja raske kõnepuudega õpilaste ning nende vanemate ja õpetajate nõustamisega üle Eesti kaks erivajadustega laste kooli: Tartu Emajõe Kool ja Tartu Hiie Kool (Eksamikeskus, 2010).

Nagu nõustamiskomisjonides, puuduvad ka õppe-nõustamiskeskustes praegu meditsiinitöötajad. Seega ei ole nendest keskustest võimalik nõu saada meditsiiniliste erivajadustega lastel.

Õppe-nõustamissüsteemi arendamise programm on kavandatud aastateks 2008–2011. Kuna programm lõpeb juba sellel aastal, siis see seab ohtu projekti jätkusuutlikkuse.

Nõustamiskomisjonidest kõige mitmekesisemaid teenuseid pakub Tartu hariduse tugiteenuste keskus, mis omakorda on jagatud neljaks: noortenõukeskus, vanemate tugikeskus, teabekeskus ja rehabilitatsioonikeskus. Järgnevalt on toodud Tartu hariduse tugiteenuste keskuse ülesannete ja tugiteenuste kirjeldus (THTK, 2011).

### **Noortenõukeskus**

Keskuse ülesanneteks noorte tugiteenuste valdkonnas on

- võimaldada noortele õppeasutusevälist õpiabi, eripedagoogilist, psühholoogilist ja sotsiaalpedagoogilist nõustamist;
- suunata noortele osutatavat nõustamistegevust;
- koostada noortele käitumise tugikavasid;
- koostada noortele individuaalseid õppekavasid ja jõukohast õppevara;
- korraldada koduõpet;
- toetada koduõppel viibivaid noori;
- võimaldada noortele psühhiaatrilisi uuringuid ja nõustamist;
- luua noortele juurdepääs karjäärinõustamisteenusele ning teavitada noori tasemekoolituse ja huvihariduse võimalustest;

- koguda ja vahendada noorteinfot;
- pakkuda muukeelsetele noortele toetustegevusi Eesti haridussüsteemiga kohanemiseks;
- suunata ja koordineerida noorte tervisealast ennetustööd ja terviseedendusala koostööd;
- korraldada noortele suunatud üritusi;
- koostada noortele rehabilitatsiooniplaane ja võimaldada rehabilitatsiooniteenust;
- võimaldada noortele pikapäevarühma teenust;
- soovitada ja leida noortele sobivaid õppevorme ja õppekavasid.

### **Vanemate tugikeskus**

Keskuse ülesanneteks vanemate tugiteenuste valdkonnas on

- nõustada vanemaid ja perekondi noortega tegelemisel või iseendaga toimetulemisel;
- võimaldada perenõustamist;
- vahendada vanematele sotsiaalteenustealast teavet;
- vahendada vanematele teavet noorte huvihariduse ja tasemekoolituse kohta;
- vahendada vanematele teavet erivajadustega noorte õppimisvõimaluste ja tugiteenuste kohta;
- nõustada vanemaid õppekavade ja õppevormide teemal;
- nõustada muukeelseid vanemaid, kuidas toetada lapsi Eesti haridussüsteemiga kohanemisel;
- soovitada vanemale lapsega tegelemiseks vajalikku kirjandust;
- teavitada vanemaid nende õigustest;
- võimaldada vanematele huvitegevusi keskuses viibimise ajal;
- koguda koduõpetajate andmeid ja vahendada neid vanematele;
- koguda lapsehoidjate andmeid ja vahendada neid vanematele.

### **Teabekeskus**

Keskuse ülesanneteks noortega tegelevate spetsialistide tugiteenuste valdkonnas on

- koondada psühholoogilist ja pedagoogilist oskusteavet ja jagada seda noortespetsialistidele;
- pakkuda noortespetsialistidele psühholoogilist ja pedagoogilist nõustamist;
- juhendada spetsialiste noortega tegelemisel;
- juhendada spetsialiste käitumise tugikavade koostamisel;
- nõustada õppeasutusi, noorsootöösutusi ja hoolekandeesutusi erivajadusega noortega tegelemisel ning nende individuaalsuse arvestamisel;
- nõustada noortespetsialiste individuaalsete õppekavade koostamisel ja koduõppe korraldamisel ning jõukohase õppevara koostamisel;
- nõustada õppeasutusi eestikeelsele õppele üleminekul;
- harida noortespetsialiste terviseedenduses ja arendada terviseedendustööd noortesutustes;
- koordineerida noortespetsialistide enesetäiendamist ja pakkuda neile enesetäiendusvõimalusi;
- koordineerida ja suunata pedagoogide koostööd ja ühistegevust ning pakkuda noortespetsialistidele võimalusi koostöö tegemiseks;
- koordineerida erialakirjanduse soetamist õppeasutustes ning koguda teavet erialakirjanduse kohta;

- koordineerida õppeasutuste kvisiooni süsteemi;
- koordineerida erinevate noortespetsialistide vahelist koostööd ja teha nendega noortele tugiteenuseid osutades koostööd;
- osaleda koostöös ülikoolidega üliõpilaste väljaõpetamisel;
- koordineerida rehabilitatsiooniteenuste osutajate omavahelist koostööd;
- osaleda Eestis haridussüsteemi, tugiteenuste süsteemi, noorsootöö arendamisel ning noortele vajalike teenuste väljaarendamisel.

### **Rehabilitatsioonikeskus**

Hariduse Tugiteenuste Keskuse rehabilitatsioonimeeskond osutab alates 01. aprillist 2011 rehabilitatsiooniteenust.

Sihtrühmadeks on

- puuet taotlevad või puudega kuni 18-aastased lapsed ja noored;
- alaealiste komisjoni otsusel alaealised õigusrikkujad.

Rehabilitatsiooniteenusega toetatakse lapse või noore arengut, luuakse eeldused hariduse omandamiseks, kujundatakse vajalikke õpi-, suhtlemis- või käitumisoskusi, parandatakse iseseisvat toimetulekut lasteaias ja koolis.

Rehabilitatsiooniteenuse raames

- koostatakse isiklik rehabilitatsiooniplaan;
- osutatakse Eesti Vabariigi Valitsuse määrusega kehtestatud loetelus nimetatud ning rehabilitatsiooniplaanis märgitud teenuseid;
- juhendatakse isikut, kuidas rehabilitatsiooniplaanis kirjeldatud tegevusi ellu viia;
- korraldatakse vajaduse korral vahehindamisi;
- **hinnatakse rehabilitatsiooniprotsessi tulemuslikkust.**

Tartu hariduse tugiteenuste keskuses töötavad psühholoogid, karjäärinõustaja, eripedagoogid, logopeedid, sotsiaalpedagoogid, lastepsühhiaater, õpiabirühmade õpetajad ja pedagoogide tugisüsteemi koordinaator. Lisaks tehakse tihedat koostööd Tartu nõustamiskomisjoniga.

Samuti asub hästi toimiv õppe-nõustamiskeskus Pärnus, mille peamiseks tegevusvaldkonnadeks on noorte teavitamine, psühholoogiline nõustamine, kutsesuunitlus ja karjäärinõustamine, logopeediline ja eripedagoogiline nõustamine ning koolisotsiaaltöö (koolikohustuse tagamisega seotud probleemistik).

Kokkuvõtteks võib öelda, et nõustamiskeskustele seatud ülesannete loetelu on väga lai. Üsikküsimuste lahendamisel on kehtiva õigusaktide ja korralduse juures keeruline tagada meditsiiniliste erivajadustega lastele piisavat tähelepanu, kuna vastutus on hajutatud ja prioriteetsus madal.

## 5.4. Kaasav haridus

### KAASAVA HARIDUSE OLEMUS

Kaasava hariduse süsteemi lõi UNESCO 1990ndate alguses eelkõige **erivajadustega õpilaste kaasamiseks kodule kõige lähemal asuvasse kooli**. Erivajadusega laste toimetuleku parandamiseks hakati rakendama eripedagoogilisi meetodeid koos professionaalsete teenustega. Säilitati tava- ja erikooli eristamine ja järgiti puude suhtes endiselt traditsioonilist meditsiinilist seisukohta: tähelepanu oli suunatud lapsele ning tema eeldatavale vaimsele ja füüsilisele erinevusele.

Kaasava hariduse süsteem loodi eelkõige eriliste vajadustega õpilaste kaasamiseks, kuid minevikus tähendas selline õpilaste eristamine, et mõned lapsed ei tulnud individuaalsete puuete tõttu üldhariduskoolisüsteemis toime. Erivajadusega laste toimetuleku parandamiseks hakati rakendama eripedagoogilisi meetodeid koos nende hulka kuuluvate professionaalsete teenustega. Tava- ja erikooli hariduse eristamine säilitas tava- ja erikooli eristamise ja viis edasi traditsioonilist, meditsiinilist seisukohta puude kohta, kuna tähelepanu oli suunatud lapsele ja tema eeldatavale vaimsele ja füüsilisele erinevusele (Carrington, S. 1999).

Avradamise jt kohaselt toetavad Inglise haridusjuhid põhimõtet, et HEV õpilased peaksid haridust omandama üldhariduskoolis, väites, et kui õpilasel on HEV, siis on tal hariduslik, sotsiaalne ja moraalne alus hariduse omandamiseks üldhariduskoolis. Ometi ei tähenda see väide, et kõik HEV- õpilased, kes õpivad erikoolis, peaksid kohe üle minema üldhariduskooli. Eelkõige on üldhariduskooli õpetajatel vaja omaks võtta kaasamise põhimõtted ja nõuded. Varasemate uuringute väitel on õpetajate suhtumine integratsiooni eelkõige tugevalt mõjutatud puude liigist ja/või sellega kaasnevatest haridusprobleemidest ning alles seejärel õpetajate enda professionaalsetest oskustest. Õpetajate seas läbiviidud küsitlustest on selgunud, et need õpetajad, kellel oli otsene kokkupuude integratsiooniga, suhtusid sellesse positiivselt. Väiksem osa õpetajatest soovis kaasavat haridust rakendada oma klassis, kuid seejuures õpetajate vastused erinesid puuete liigi alusel. Ainult 1/3 või isegi väiksem osa küsitluses osalenud õpetajaid uskus, et neil on piisavalt aega, teadmisi, väljaõpet ja õppevahendeid, mida on kaasamiseks vaja. Samas eripedagoogilisel täiendusel osalenud õpetajate suhtumine kaasavasse haridusse oli märkimisväärselt suurem, kui neil, kellel vastav väljaõpe puudus või ei olnud piisav (Avradamis jt. 2000).

### KAASAVA HARIDUSE TINGIMUSED

Erivajadusega õpilastele kaasava õppe korraldamine ja õpikeskkonna vastav kohandamine on kooli juhtkonna ja õpetajate jaoks sageli keeruline. Koolis pakutav õpe peab olema paindlik, kohandatud õpilaste eeldustele ja vajadustele. Kaasatuse ja individuaalse õppe rakendamiseks on vajalik pidev meeskonnatöö, keskele kohale õppeprotsessis tuleb seada õpilane ja tähelepanu õppeprotsessis suunata õppimisele.

Kuna järjest enam erivajadusega õpilasi omandab haridust üldhariduskoolis, on kaasava kooli arenemisel vaja luua õppijale sotsiaalne toetav võrgustik. Koolides on loodud mitmeid õpilase toetamise võimalusi ja koolid on kohustatud neid ka rakendama. Õpilastele pakutakse vajadusel

- tugiõpet (sh õpilase esmane toetamine ainetunnis, mis arvestab õpilaste erinevaid võimeid; spetsialisti juhendatud konsultatsioonitunnid enne kontrolltööd või eksamit; järeleaitamistunnid, kus aineõpetaja pakub väljaspool tundi tuge nõrgematele või mingil põhjusel lünklike teadmistega

- õpilastele; regulaarsed tugiõppetunnid, kus mingis konkreetses aines toimub regulaarne tunniväline tegevus);
- õpiabi (sh abiõpetaja kasutamine, individuaalse õppekava rakendamine ühes või mitmes aines, logopeediline nõustamine ja abi, eripedagoogiline nõustamine ja abi, eri õppevormide rakendamine, nagu koduõpe, individuaalõpe, rühmaõpe);
  - võimalust õppida kehapuuetega laste klassis;
  - psühholoogi nõustamist ja abi, vajadusel on võimalik lastel kasutada ka isikliku abistaja teenuseid;
  - sotsiaalpedagoogilist nõustamist, kus tehakse koostööd õpilase võrgustiku liikmetega väljaspool kooli;
  - arenguvestlused, mida peetakse kord õppeaastas ja kus osalevad õpetaja, lapsevanem ja laps, et ühiselt läbi rääkida lapse saavutused, probleemid ja tulevikuplaanid.

Eestis võib hea näite õpilaste toetamisest tuua Tartu Herbert Masingu Koolist. Seal on HEV-õpilaste toetamiseks loodud tugigrupp, kuhu kuuluvad kooli direktor, õppedirektor, sotsiaalpedagoog, logopeed, psühholoog, kooliarst, meditsiiniõde ja füsioterapeut. Tugigrupp tuleb kokku keskmiselt üks kord nädalas, kuulab ära probleemi osalised ja kavandab tegevusplaani (Kallavus, 2008).

#### ÕPETAJATE JA ABIÕPETAJATE ROLL KAASAVAS HARIDUSES

Põhjalikumalt on seda teemat lahatud füüsiliste puuetega laste puhul, kuid teemakäsitus on analoogiline ka meditsiinilise erivajadustega laste hariduses. Paljudes riikides toimib abiõpetajate süsteem hästi ja sageli peetakse seda kaasamise eeltingimuseks. Islandi haridusspetsialistid Egilson ja Traustadottir uurisid täiskasvanute tugiteenuseid füüsiliste puuetega õpilastele üldhariduskoolis, kus väidetavalt osutati HEV-õpilastele liiga palju abi. Vaadeldi ka neid situatsioone, kus õpilastele osutati abi liiga vähe või ebaefektiivselt.

Egilson ja Traustadottir tõid välja ka abiõpetajate rollid ja vastutuse. Nimelt kasutati abiõpetajaid HEV-õpilaste abistamiseks eelkõige ja valdavalt klassis õppetöö ajal. Kõige rohkem osutati kooliõpilastele abi eksamil, praktilistes tegevustes, nagu söömine, tualeti kasutamine, riietumine, klassis ja klasside vahel liikumine, ning praktilistes õppeainetes, nagu kunst, käsitöö ja kehaline kasvatus. Siiski ilmnes, et hoolimata väljakutsest, mida need ained kehapuudega õpilasele esitavad, ei olnud õppetegevuste ajal osutatud abi õpilastele piisav. Samuti tekkis koolis probleeme siis, kui abiõpetaja oli haige ja õpilased jäid ilma kehalise kasvatuse tundidest, sest ei olnud kedagi, kes oleks neid abistanud. Enamik kehapuuetega laste uuringus osalenud vanemaid soovivad abiõpetajaid kooli laste sotsiaalse kaasatuse eesmärgil, et nende lapsel oleks võimalik suhelda oma eakaaslastega, samal ajal kui kool peab oluliseks, et abiõpetajad toetaksid õpilasi õppetöös (Egilson jt, 2009).

Õpetaja seisukohalt nõuab õpetamine kaasavas klassis põhjalikke teadmisi lapse arengust. Kogemuste kasvades õpivad õpetajad jälgima eri õpistiile, nägema iga lapse tugevaid külgi ja kindlaks tegema erilist toetust vajavaid valdkondi. Õpetajad harjuvad oma hinnangul märkama ja ära tundma ka väiksemaid õpiprobleeme laste juures, täienevad õpetajate oskused individualiseeritud õpetamisel ja nad suudavad paremini laste vajadustele vastata. Väidetavalt on erivajadustega lastele hariduse andmine samas keskkonnas koos tavalise arenguga eakaaslastega vähem kulukas kui erikoolide ja asutuste loomine ning rahastamine (Egilson jt, 2009).



### KAASAV HARIDUS EESTIS

Hariduslike erivajaduste tunnuste arv ja struktuur Eesti koolide gümnaasiumiastmes 2006/07. õa viitavad olulisele kehapuuetega ja terviseprobleemidega õpilaste arvu suurenemisele. Klassiliigiti käis vaid 1% kehapuuetega õpilastest tavaklassis. 2006/07. õppeaasta andmetel käis kehapuuetega õpilaste klassides 148 kehapuudega õpilast ja 107 terviseprobleemidega õpilast. Terviseprobleemidega õpilased õppisid hooldusklassides, kasvatusraskustega laste klassides, liit- ja nägemispuudega õpilaste klassides, psüühilise erivajadusega laste klassides, sanatoorsetes koolides ja tasandusklassides, kuid kõige enam (286 õpilast) siiski tavaklassides. Kehapuuetega õpilasi õppis hooldusklassides, kasvatusraskustega laste klassides, kehapuuetega laste klassides, kuulmispuudega, liitpuudega, nägemispuudega ja psüühiliste erivajadusega laste klassides, sanatoorsetes koolides ning tasandus- ja tavaklassides (Kanep, 2008).

2004.–2005. a tegi Eesti Puuetega Inimeste Koda Eestis erivajadustega laste perede uuringu, mille abil loodeti välja selgitada erivajadusega lapse (või lastega) perekonna tegelik olukord ja arvamus/ettekujutus osutatava abi kohta, tugisüsteemide toimimine ja rakendamine riigi eri piirkondades, koostöö toimimine eri tugisüsteemide vahel (sotsiaal- ja haridusalased tugiteenused), informatsiooni kättesaadavus ja suhtumine kaasavasse haridusse.

Küsitluses osalenud vanemad pidasid erivajadusega lapse käimist tavalasteaias või üldhariduskoolis parimaks lahenduseks, kuid leidsid samas, et selleks ei ole tagatud vajalikke tingimusi. Õpetajad ei ole lastevanemate hinnangul saanud vastavat ettevalmistust, haridusasutuste füüsiline keskkond ja õppematerjalid ei vasta HEV-õpilaste individuaalsetele vajadustele, puuduvad võimalused abiõpetaja ja teiste vajalike tugispetsialistide palkamiseks.

Küsitluses osalenud vanemad uskusid, et üldhariduskoolis saadakse edaspidiseks eluks vajalik konkurentsivõimeline haridus. Siiski eelistasid lastevanemad erivajadustega õpilastele mõeldud koole, mis asuvad üldjuhul kodust kaugel ja kus lapsed elavad õpilaskodus. Vanemad leidsid, et erikoolide õpetajatel on parem ettevalmistus tööks HEV-lastega, õpilaste arv klassis on väiksem, olemas on spetsiaalsed õppematerjalid ja kohandatud koolikeskkond (REKK, 2007).

## 5.5. Hariduslike erivajadusega laste õpetamise võimaluste võrdlus

Hariduslike erivajadustega laste puhul tekib küsimus, kuidas tagada nendele õpilastele parimad õppimisvõimalused. Need küsimused tekivad nii lastevanemal, õpetajatel, koolidel kui ka kogu ühiskonnal. Eri riikides on hariduslike erivajadustega lastele hariduse andmine **korraldatud erinevalt**. Palju oleneb ka riigi üldisest korraldusest ja haridussüsteemist, üldist head mudelit, mis sobiks kõigile, ei ole. Paljudes riikides püütakse integreerida HEV-lapsi üldhariduskoolidesse, ent on olemas ka erikoolid. Kuigi järjest enam on Euroopas hakatud rääkima HEV-õpilaste integreerimisest üldhariduskoolidesse, jääb selle teostamine tihti raha- ja ressursipuuduse taha.

Järjest enam on ka Eestis hakatud rääkima HEV-lastete integreerimisest üldhariduskoolidesse, kuid ka meil on siiski olemas ka erikoolid oma plussidega. HEV-lapse üldhariduskoolis õppimine suudaks küll pakkuda lapsele hariduse omandamist võimalikult kodu lähedal, kuid küsitav on see, kas üldhariduskool suudaks katta lapse muud erivajadused (eriti meditsiinilised).

Nii eri- kui ka üldhariduskoolidel on palju poolt- ja vastuargumente. Järgnevalt ongi välja toodud tabel eri- ja üldhariduskoolide poolt ja vastuargumentidega, kus on tehtud kokkuvõtte Signe Raudiku ja antud töö autorite argumentidest (Raudik, 2008).

**Tabel 4. Poolt- ja vastuargumentid erikoolidele ja üldhariduskoolidele**

<i>Vastuargumentid</i>	<i>Pooltargumentid</i>
<b>ERIKOOLID</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ühiskonna negatiivne suhtumine erikoolidesse (sh sanatoorsetesse).</li> <li>• Oma lapse vaimsete võimete ühindamine lastevanema poolt.</li> <li>• Suhete katkemine sõprade poolt üldhariduskoolis.</li> <li>• Võimalused lapsel „erikooli“ käitumismalli kujunemiseks.</li> <li>• Ülehooldamise võimalus koolis ja internaadis.</li> <li>• Laste ja perekonna „sildistamine“.</li> <li>• Internaadid on kodust kaugel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kindlustatakse vajalik eripedagoogiline ja psühholoogiline abi ja vajadusel on olemas meditsiiniline järelevalve.</li> <li>• Rakendatakse õpetamisel erimetoodikaid, jõukohaseid võtteid ja õppematerjale, mis kindlustavad paremad õpitulemused.</li> <li>• Võimalus rakendada individuaalset abistamist (väiksemad klassid).</li> <li>• Riigile majanduslikult kasulik.</li> <li>• Suhtlemine erikoolis on üldjuhul tolerantsem.</li> <li>• HEV-lapsel on kergem saada positiivset hinnangut, tekib õpimotivatsioon ja laps ei sega tavaklassi tööd.</li> </ul>
<b>ÜLDHARIDUSKOOLID</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lastevanemate suur koormus, et abistada last üldhariduskoolis püsimisel.</li> <li>• Kui üldhariduskooli kaasamise eeltingimused ei ole täidetud, võib laps ennast tunda teistest kehvemana.</li> <li>• Üldhariduskoolis on puudulikud tingimused: füüsiline keskkond, õpilaste rohkus, vajaliku personali puudumine.</li> <li>• Sobivate õppevahendite puudumine.</li> <li>• Õpetajate puudulik ettevalmistus. Ebapiisava tähelepanu ja nõrga eripedagoogilise</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Võimalus käia elukohajärgses koolis, säilib kontakt vanematega.</li> <li>• Võimalus õppima nägema oma puuet/haigust tavakeskkonnas.</li> <li>• Väiksem oht saada puude/haiguse tõttu „sildistatud“.</li> <li>• Omades sõpru tavaklassi õpilaste seas hakkab HEV-laps ennast samastama selle lastegrupiga.</li> <li>• Samade eelduste olemasolu korral on ta õppimises märksa edukam kui erikoolis õppiv laps.</li> </ul>

## MEDITSIINILISTE ERIVAJADUSTEGA LASTE ÜLDHARIDUSE UURING

<p>ettevalmistuse tõttu ei kaasata last täielikult õppetöösse.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Üldhariduskooli pedagoogil on vähem võimalusi lapse erivajadusega arvestada.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Võimalus igapäevaelu ebamugavustega kokku puutuda sagedamini kui erikooli hoitud kliimas.</li><li>• Klassikaaslased saavad kogemusi, kuidas suhelda puudega/haigusega lapsega.</li></ul>
---	--

Nagu eelnevast tabelist näha, on erikoolide ja üldhariduskoolide puhul nii poolt- kui ka vastuargumente päris palju. Seega peaks lõplik valik üldharidus- või erikoolide või nende tasakaalustatud kombinatsiooni vahel olema konsensuslik ning lähtuma reaalistest võimalustest ja läbimõeldud tegevuskavast. Üksikute laste puhul sõltub valik konkreetsest lapsest ja tema seisundist. Loogiliselt võiks eeldada, et mitmekesisem süsteem suudab paremini arvestada iga konkreetse lapse individuaalseid plusse ja miinuseid, mis talle annab õppimine kas üldharidus- või erikoolis.

## 6. Rahvusvahelised kogemused

Erivajadustega lastele hariduse andmine on Euroopa riikides korraldatud erinevalt. Endistes Nõukogude Liidu riikides on **sanatoorsete koolide funktsioon** jäänud üldjoontes samaks, kuigi ka nendes riikides räägitakse järjest enam erivajadustega laste integreerimisest tavakooli. Põhjamaades toimub erivajadustega laste **integreerimine tavakooli** päris edukalt, eriti Soomes, kus on koolides selleks kõik tingimused loodud. Kesk-Euroopa riikides on hakatud järjest enam arendama **teabekeskuseid** (erikoolist välja arendatud või eraldi loodud keskus), mille peamine eesmärk on nii õpilaste, õpetajate, lastevanemate kui ka tavakoolide toetamine ja nõustamine.

*Erikoolid kehaliste haigustega lastele on olemas nii Lätis kui ka Leedus, kuid ka seal püütakse erivajadustega lapsi integreerida nn üldhariduskoolidesse.* HEV-lapse üldhariduskoolis õppimise eelduseks on akrediteeritud õppekava, tugispetsialistid (eripedagoogid, logopeedid, psühholoogid jne), ravijuhendid, väiksemad klassid, kommunikatsioonitugi ja adekvaatne hindamine. Nagu Eestiski, ei vasta ka Lätis ja Leedus enamik üldhariduskoole nimetatud tingimustele, mistõttu tegelik võimalus kõigiga võrdväärne üldharidus omandada on erivajadustega laste puhul küsitav.

*Erivajadustega laste integreerimine üldhariduskoolidesse võib olla edukas.* Näiteks **Soomes** võeti paralleelselt riikliku õppekavaga kasutusele HEV-õpilastele mõeldud õppekava. Kui õpilane ei ole võimeline puude või haiguse tõttu või mõnel teisel sarnasel põhjusel kohustuslikku kooliharidust läbima, alustatakse õppimist teistest õpilastest aasta varem ja kogu põhihariduse omandamine kestab 11 aastat. Samuti oodatakse seal kõigilt põhikooli lõpetanutelt õpingute jätkamist gümnaasiumi tasemel. **Rootsi** üldhariduskoolides toimuvad regulaarsed tervisekontrollid, mida korraldavad meditsiinitöötajad ja psühholoogid, kes muuhulgas nõustavad nii personali, õpilasi kui ka lastevanemaid. Väga oluliseks peetakse Soomes seda, et igast õpilasest ja tema vajadustest tekiks kooli jaoks tervikpilt.

*Teabekeskused aitavad koordineerida, arendada uusi meetodeid ja nõustada erivajadustega laste vanemaid ning nendega töötavaid õpetajaid.* Näiteks **Tšehhi** erikoolidest on ühtlasi kujunenud ka selle valdkonna keskused, mis arendavad välja uusi pedagoogilisi meetodeid ja suundi ning pakuvad laialdasi nõustamis- ja tugiteenuseid õpilastele, nende vanematele ja üldhariduskoolide õpetajatele. Ka **Austrias** tegutsevad spetsiaalsed hariduskeskused, mille ülesanne on pakkuda ja koordineerida kõiki HEV-õppega seotud meetmeid selleks, et kindlustada HEV-õpilaste kaasamine üldhariduskoolidesse parimal võimalikul viisil. Lisaks tegelevad seal hariduskeskused HEV identifitseerimisega, teevad koostööd piirkondlike põhikoolidega, toetavad kaasavat haridust pedagoogilise ja organisatsioonilise nõustamise abil, pakuvad abi õpetajate kaadri loomisel, aga tegelevad ka juhtimise ja vanematele informatsiooni andmisega.

*Teabekeskused rõhutavad õpilase individuaalsust ja võimalust õppida kodu lähedal.* **Saksamaal** on HEV-õppekeskuste eesmärk piirkondlike institutsioonidena rahuldada individuaalseid hariduslikke erivajadusi ja garanteerida HEV-õpe integreeritud, statsionaarses ja koostöö vormis. Seda õpet korraldavad spetsialistid lastele võimalikult kodu lähedal. **Hollandis** loodi maakondadesse aga piirkondlikud ekspertiisikeskused. Võeti vastu isegi seadus, mis sätestab muuhulgas ka selle, et õpilased sobivad HEV-õppesse, kui nad vastavad teatud kriteeriumitele (nt füüsiliste puuetega ja krooniliste haigustega õpilaste meditsiinilised andmed näitavad vajalikku diagnoositud puuet ja haigust).

## 6.1. HEV-laste integreerimine üldhariduskooli

Järjest enam on hakatud hariduslike erivajadustega lapsi integreerima üldhariduskoolidesse. Kõige paremad näited Euroopast on selle kohta tuua Soomel ja Rootsil.

### SOOME

Integratsiooni on propageeritud Soome põhihariduses alates 1970. aastast. Tähtis koolireform toimus 1983. aastal, mis andis võimaluse alustada HEV-õpilaste üldhariduskooli integreerimisega. Selle reformi tulemusena olid kõik lapsed kohustatud omandama koolihariduse. Integratsiooni arengus oli oluline etapp hariduse individualiseerimine vastavalt HEV-õpilase vanusele ja õpivõimele. Samuti võeti paralleelselt riikliku õppekavaga kasutusele HEV-õpilastele mõeldud õppekava. 1995. a määratleti Soome eripedagoogika riiklik staatus. Üldine koolireform viidi läbi 1998. a ja uus põhihariduse seadus oli suunatud kõigile koolikohustuslikele isikutele (EC, Organisation of the education system in Finland, 2009/2010).

Soomes võeti kasutusele ka riiklik põhikooli õppekava, mis koondab nii tava- kui ka erivajadustega lastele mõeldud hariduse nõuded ja mida kasutatakse alusmaterjalina kohaliku kooli õppekava koostamisel. Riikliku põhikooli õppekava koostamise eest vastutavad haridusametnikud ja õppekava peab haarama ka HEV-õppe kirjeldust. Uut õppekava hakati rakendama 2003.–2006. a sügisel. Soome haridusministeerium toetas kohalikke omavalitsusi ja koole õppekava rakendamise protsessis, kehtestades harjutamisperioodi ja pakkudes vajadusel nõustamist (EC, Organisation of the education system in Finland, 2009/2010).

Konstitutsiooni alusel on Soomes eripedagoogilised tugiteenused igaühele kättesaadavad. Kohalikud omavalitsused peavad kõigile garanteerima adekvaatsed sotsiaalsed, tervise- ja meditsiinilised teenused ning tegelema rahva terviseedendusega (EADSND, 2010).

Esmaseks valikuks HEV-õpilastele hariduse andmisel on kaasata neid õpilasi tavaklassidesse ja vajadusel pakkuda eripedagoogilist õpet väikestes õpigruppides. Ainult vältimatutel juhtudel võetakse arvesse teist alternatiivi: eripedagoogilist õpetust erirühmas, -klassis või -koolis. Eripedagoogilist õpetust pakutakse HEV-õpilastele kõigil haridustasemetel (EC, Structures of Education and Training Systems in Europe: Finland, 2009/2010).

Kui õpilane ei ole võimeline puude või haiguse tõttu või mõnel teisel sarnasel põhjusel kohustuslikku kooliharidust läbima, alustatakse õppimist teistest aasta varem ja kogu põhihariduse omandamine kestab 11 aastat. Kui lastevanemad soovivad, võib pikendatud hariduse omandamine alata vabatahtlikult 5-aastaselt (EADSND, 2010).

Soome hariduspoliitika suund on oodata kõigilt põhikooli lõpetanutelt õpingute jätkamist gümnaasiumi tasemel. Alates 1990-ndatest on erivajadusega õpilaste õppimisperiood üldiselt pikenenud (EC, Structures of Education and Training Systems in Europe: Finland, 2009/2010).

Järjest enam räägitakse Soomes, et erivajadustega õpilaste õpetamine üldhariduskoolis nõuab väga palju ressursse. Erivajadustega õpilastele on määratud küll pearaha, kuid sellega on raske toime tulla ja tagada

kõiki vajalikke tingimusi, nagu väikesed rühmad, personali olemasolu jm (Sippola, 2010). Teisest küljest toetab Maailmapank just kaasavat koolisüsteemi põhjendusega, et sel juhul jäävad ära kulud eraldi hoonetele ja selle halduskuludele. Samas tuuakse integreeritud süsteemi puudusena välja see, et säästmise varjus kannatavad erivajadustega õpilased, kellele ei võimaldata üldhariduskoolis piisavat abi (Saloviita, 2011).

## ROOTSI

Rootsi haridussüsteemi lapsehoiust üleminekuperioodini juhib üks kõige tähtsam printsiip: kool kõigile ehk igaühe ligipääs jõukohasele haridusele. See tähendab, et õpilasi, kes vajavad eripedagoogilist tuge, ei tuleks kohelda teistest õpilastest erineva grupina ja nende õpilaste õigusi ei määratleta eraldi. Rõhutatakse kooli kohustust hoolitseda kõigi õpilaste vajaduste eest. Iga õpilasele, kes vajab tugiteenuseid, koostavad õpetajad tema vajadusi ja võimalusi määratleva tegevusplaani, mida pidevalt hinnatakse ja arendatakse ning milles on võimalik vajadusel teha muudatusi (EC, Organisation of the education system in Sweden, 2009/2010).

Õpilastel, kes vajavad tugiteenuseid, on õigus pöörduda spetsialisti poole. Haridus vastab nii palju kui võimalik riiklikule õppekavale, kuid rõhk on individuaalsetel vajadustel. Kõigil õpilastel on õigus valida õppimiseks munitsipaal- või erakool seni, kuni kool vastab õpilase hariduslikele vajadustele (EC, Structures of Education and Training Systems in Europe: Sweden, 2009/2010).

Kui õpetaja ei suuda õppetöös arvestada HEV-lapse vajadustega, on tal võimalus probleemide lahendamiseks kokku kutsuda meeskond, kuhu kuuluvad kooli õpetajad, meditsiiniõde, psühholoog, sotsiaalpedagoog. Iga HEV-õpilasele koostatakse õpetajate, lastevanemate ja lapse koostöös individuaalõppekava, kus on toodud iga osalise vastutus õpilase võimete ja teadmiste arengu eest (EADSND, European Agency for Development in Special Needs Education , 2010).

Koolides teevad regulaarseid tervisekontrolle meditsiinitöötajad ja psühholoogid, kes muuhulgas nõustavad nii personali, õpilasi kui ka lastevanemaid. Haridusasutused teevad koostööd tervishoiu- ja spordiasutustega. Ühe omavalitsuse lasteaed, koolieelikute rühmad, põhikool, gümnaasium ja noortekeskused teevad sageli koostööd. Selle abil tekib igast õpilasest terviklik pilt. Väga oluliseks peetakse koostööd lastevanematega (EC, Structures of Education and Training Systems in Europe: Sweden, 2009/2010).

Kõigile 7–16 a lastele kehtib kohustuslik põhiharidus, aga lastel on õigus kooli minna juba 6-aastaselt. Omavalitsustel on ka kohustus organiseerida kooli ettevalmistusrühmi juba 5-aastastele lastele. Paljudes omavalitsustes organiseeritakse neid põhikooli juures. Kõige suurem osa erivajadusega õpilastest õpib tavaklassides. Selle võimaluse puudumisel peab kool väga konkreetselt põhjendama, miks see õpilane vajab teistsugust hariduse omandamise võimalust (EC, Organisation of the education system in Sweden, 2009/2010).

Eripedagoogiline õpetus füüsilise puudega või kuulmis- ja nägemispuudega õpilastele toimub valdavalt tavaklassides ja ainult erandjuhtudel individuaalselt, spetsialisti kabinetis. Haridus vastab nii palju kui võimalik tavaõppele ja riiklikule õppekavale, mis rõhutab vajadust arvestada õpilase individuaalseid erivajadusi (EADSND, European Agency for Development in Special Needs Education , 2010).

## 6.2. Teabekeskused

Euroopas, eriti Kesk-Euroopas on järjest enam arendatud erivajadustega õpilaste jaoks spetsiaalseid teabekeskuseid. Need keskenduvad õpilase individuaalsusele ja võimalusele õppida kodu lähedal, aitavad arendada uusi meetodeid ja nõustada erivajadustega laste vanemaid ning nendega töötavaid õpetajaid.

### TŠEHHI

Tšehhi haridusseadus garanteerib tugiteenused erivajadusega õpilastele, kes neid vajavad, kõigil haridustasemetel. HEV-õpilastel on õigus saada tasuta kohandatud õppekirjandust, õppematerjale, kompensatoorseid ja rehabiliteerivaid abivahendeid, aga ka õpiabi ja nõustamisteenust. Koolis on HEV-õpilaste abistamiseks tugipersonal. Õpilastele koostatakse vajadusel individuaalne õppekava, mis kirjeldab HEV-õpilase edasijõudmiseks vajalikke tegevusi. Kooliseadus tugevdab HEV-õpilaste integreerimise ja kaasamise suunda. Tavaliselt käivad HEV-õpilased oma kodukoha koolis, kui just vanemad pole valinud lapsele teist kooli. Kõige suurem roll oma lapse haridusküsimustes on lastevanematel (EC, Organisation of the education system in the Czech Republic, 2009/2010).

HEV-õpilasi õpetati varem, eriklasside puudumisel, tavaklassides. Erikoolides käisid need õpilased, kelle vanemad eelistasid seda koolitüüpi. Kui lapsel ei ole terviseprobleemide tõttu võimalik käia regulaarselt koolis, korraldab kohalik omavalitsus selle, et lapsel oleks võimalik saavutada õppekavas ettenähtud tase (EC, Structures of Education and Training Systems in Europe: Czech Republic, 2009/2010).

Erikoolid on Tšehhi üldise haridussüsteemi osa, kuid nende arv on vähenenud. Erikoolid on loodud vaimu-, sensorsete või füüsiliste puuete, kommunikatsioonipuuetega, liitpuuetega ning õpi- ja käitumishäiretega õpilastele. Õpilased, kes on haigestunud või kellel on risk haigestuda, on haiglaravil ja käivad haiglas ka koolis (EADSND, European Agency for Development in Special Needs Education, 2010).

Hiljuti on muutunud Tšehhi erikoolide roll. Erikoolidest on kujunenud lisaks haridusteenuse osutamisele ka erivaldkonna keskused, mis arendavad välja uusi pedagoogilisi meetodeid ja suundi ja pakuvad laialdaselt nõustamis- ja tugiteenuseid õpilastele, nende vanematele ja üldhariduskoolide õpetajatele. Olemas on põhikoolid kuulmis-, nägemis-, kehapuuetega, kõnepuuetega, terviseprobleemidega, spetsiifiliste õpiraskustega, spetsiifiliste käitumishäiretega, vaimupuudega ja liitpuudega õpilastele. (EC, Organisation of the education system in the Czech Republic, 2009/2010)

### SAKSAMAA

Saksamaa haridussüsteemi areng erineb teiste Euroopa riikide omast, kuna Saksamaa ühendab nii Ida- kui Lääne- Saksamaad. Saksamaa ühinemise leping võeti vastu 1990. aastal ja selles olid märgitud ühise haridussüsteemi, eriti koolisüsteemi loomise põhilised seisukohad (EC, Organisation of the education system in Germany, 2009/2010).

Puudega lapse õigus tema vajadustele vastavale haridusele ja arengule on põhiseaduses märgitud. Riigi tasandil antakse soovitusel HEV-lastele vastavalt sellele, kas õpilane õpib ja saab tugiteenuseid tava- või

erikoolis. Lisaks neile üldistele soovitudele, kujundatakse edasised individuaalsed HEV-st lähtuvad soovitused, mis keskenduvad viipekeeles õppimisele, emotsionaalsele ja sotsiaalsele arengule, kõnele, vaimsele arengule, kuulmisele, füüsilisele ja motoorsele arengule ja haigete laste juhendamisele (EC, Structures of Education and Training Systems in Europe: Germany, 2009/2010).

Erikoolid on loodud pimedatele, kurtidele, nägemispuudega, kuulmispuudega, vaimupuudega, kehapuudega, haigetele lastele, õpiraskustega, kõnepuuetega ja käitumishäiretega lastele. On ka haridusasutused, mida ei ole võimalik paigutada individuaalse puude kategooriasse. Mõned erikoolid töötavad päev läbi, mõned õppekava alusel (EC, Structures of Education and Training Systems in Europe: Germany, 2009/2010).

Erikoolid peavad olema võimelised tagama HEV-õpilastele vajalikke abivahendeid ja eripedagoogilise õpetuse. Nad võivad muutuda organisatsioonideks, mis pakuvad õpilastele teraapiat, hooldust ja sotsiaalseid tugiteenuseid. Erikoolid erinevad erivajaduse liigi ja pakutavate õppekursuste poolest. Koolid pakuvad HEV-õpilastele tugiteenuseid igas arenguvaldkonnas, mis võib viia nende võimaliku üleminekuni üldhariduskooli ja taastusravile (EADSND, European Agency for Development in Special Needs Education, 2010).

HEV-õppe keskused arenesid välja traditsioonilistest erikoolidest. Nende keskuste eesmärk on piirkondlike institutsioonidena rahuldada individuaalseid erivajadusi (sh füüsiline, motoorne areng, kuulmine, nägemine jne) ja garanteerida HEV-õpe integratsiooni, statsionaarses ja koostöö vormis. See õppevorm toimub spetsialistide abiga nii kodu lähedal kui võimalik. Mõned neist teenindavad kindlat piirkonda või linna (nt koolid õpiraskustega, käitumishäiretega, kõne- ja vaimupuuetega õpilastele), teised oma maakonda või isegi teisi maakondi, nt kurtide ja kuulmispuuetega õpilaste koolid, pimedate ja nägemispuuetega õpilaste koolid, kehapuuetega või käitumishäiretega õpilaste koolid (EC, Structures of Education and Training Systems in Europe: Germany, 2009/2010).

#### AUSTRIA

Austrias saavad vanemad saavad vabalt valida eri- või üldhariduskooli vahel. Tuginedes arusaamale erivajadustest, otsustab piirkondlik haridusosakond, millisesse eriõppeasutusse laps paigutatakse (EC, Structures of Education and Training Systems in Europe: Austria, 2009/2010).

Kaasavates klassides juhendab õpetajate meeskond HEV-ja teisi õpilasi kõigis õppeainetes. Abiõpetajad on nendes klassides, kus on üks või kaks HEV-õpilast, kes saavad eripedagoogilist abi mõne tunni jooksul nädalas (sõltuvalt nende puudest). Kombineeritud alg-, põhikooli noorema astme ja kutseõppeklassid on tavaliselt koolis erikooli klassidest eraldi, kuid õpe toimub neis kas kogu aeg või osaliselt ühiselt. (EC, The Education System in Austria, 2009/2010).

Spetsiaalsetel hariduskeskustel on ülesanne pakkuda ja koordineerida kõiki HEV-õpilaste õppega seotud meetmeid selleks, et kindlustada HEV-õpilaste kaasamine üldhariduskoolidesse parimal võimalikul viisil. Lisaks tegelevad hariduskeskused HEV identifitseerimisega, teevad koostööd piirkondlike põhikoolidega, toetavad kaasavat haridust pedagoogilise ja organisatsioonilise nõustamise abil, pakuvad abi õpetajate kaadri loomisel, aga tegelevad ka juhtimise ja vanematele informatsiooni andmisega. Hariduskeskused vastutavad koostöö eest teiste asutustega laste ja nende vanemate toetamiseks parimal võimalikul viisil (EC, The Education System in Austria, 2009/2010).



Erikoolidel on ülesanne soodustada kehapuudega või psüühikahäirega laste arengut nende puudeliigile vastavalt ja anda neile nii palju kui võimalik üldhariduskooli põhiharidusele vastav haridustase, kutseõppe olemasolu korral- valmistada õpilased ette sisenemiseks tööturule (EADSND, European Agency for Development in Special Needs Education, 2010).

Olemas on 10 erinevat tüüpi erikoole, erinevate puuetega õpilastele (õpiraskustega-, nägemis-, kehapuuetega jne). Spetsiaalse väljaõppe saanud õpetajad õpetavad õpilasi väikestes klassides, õppekava, meetodid ja materjalid on kohandatud vastama õpilaste erivajadustele. Nendes koolides õpivad õpilased kas põhikooli õppekava järgi või vastavat tüüpi erikooli õppekava järgi. Erikoolides kestab kohustuslik kooliharidus 9 aastat, vajadusel on võimalik pikendada erikoolis õppimise aega maksimaalselt 12 aastani. Maksimaalne õpilaste arv erikooli klassides on 8 (nt kuulmispuudega õpilaste erikoolis) ja 13 (HEV-õpilaste põhikoolis) (EC, Structures of Education and Training Systems in Europe: Austria, 2009/2010).

#### HOLLAND

**Hollandi** haridussüsteem on loodud erinevate seaduste põhjal. Igal erineval haridusastmel – algharidus, HEV-õpe, põhiharidus, täiskasvanute- ja kutseõpe, kõrgharidus – on oma seadusandlus. Üks Hollandi haridussüsteemile iseloomulikke tunnuseid on valikuvabadus. Inimestel on õigus valida kooli ja õpetust vastavalt religioossetele, ideoloogilistele või hariduslikele uskumustele. Selle tulemusena on Hollandis olemas mõlemat tüüpi koole: nii avalik-õiguslikud kui ka erakoolid. Avalik-õiguslikud koolid on avatud kõigile õpilastele sõltumata usust või maailmavaatest ning on loodud kas kohalike omavalitsuste, avalikus sektoris töötavate isikute või maakonna sihtasutuste poolt ja nendes koolides antakse õpilastele haridust riigi kulul. Mõnedes avalikes koolides rajaneb õpe HEV-õpilastele mõeldud metoodikatele, nt Montessori, Jenaplani või Daltoni meetodid (EC, Organisation of the education system in the Netherlands, 2009/2010).

1998. a võeti vastu ekspertiisikeskuste seadus (*law on the Expertise Centres*). Piirkondlikud ekspertiisikeskused (*REC*) loodi maakondades nt erikoolist ja HEV-õpilaste põhikoolist. Keskused jaotati vastavalt teenuse sihtgrupiks olevate õpilaste puudeliigile neljaks:

- hariduskeskus nägemispuuetega õpilastele (endistest pimedate koolidest)
- hariduskeskus kuulmispuuetega või kommunikatiivsete puuetega õpilastele (endistest kurtide, kuulmis- ja kõnepuuetega õpilaste koolidest).
- hariduskeskus füüsiliste, vaimu- ja liitpuuetega ning krooniliselt haigetele õpilastele
- hariduskeskus käitumishäiretega õpilastele, raskete kohanemishäiretega õpilastele, psühhosomaatiliste haigustega õpilastele. Ekspertiisikeskuste seadus sätestab muuhulgas ka selle, et õpilased sobivad HEV-õppesse, kui nad vastavad teatud kriteeriumitele, nt füüsiliste puuetega ja krooniliste haigustega õpilaste meditsiinilised andmed näitavad vajalikku informatsiooni.

1998. aastast muudeti Hollandis õpi- ja käitumiseraskustega laste koolid ning mõõdukate õpiraskustega laste koolid HEV-õpilaste põhikoolideks. HEV-õpilaste haridus jagati neljaks suureks alajaotuseks: haridus nägemispuudega, kuulmis- ja kommunikatsioonipuuetega, füüsiliste, vaimu- ja liitpuuetega õpilastele, krooniliselt haigetele lastele ning käitumishäiretega õpilastele (EC, Organisation of the education system in the Netherlands, 2009/2010).

Hollandis on tendents erikoolide ja täielikult kaasavat haridust rakendavate koolide suunas. Hollandis on olemas mitmeid põhikoole, kus HEV-õpilased õpivad tavaklassides ja üldhariduskoolidesse loodud HEV-õpilaste gruppides. Mõned üldhariduskoolid spetsialiseeruvad kindlale sihtgrupile, mõned aga teevad tihedat koostööd erikoolidega (EADSND, European Agency for Development in Special Needs Education, 2010).

### 6.3. Segatüüpi süsteemid

Kõige enam on Euroopas siiski veel nn segatüüpi süsteeme. Ühest küljest tahetakse järjest enam integreerida erivajadustega lapsi üldhariduskooli, kuid teisest küljest puuduvad üldhariduskoolidel selleks võimalused ja ressursid.

#### LÄTI

Läti haridusseadus määratleb eripedagoogilise hariduse üldisemalt ja kutsehariduse seisukohast, mis on kohandatud erivajadusega ja terviseprobleemidega isikute või erivajadusega või terviseprobleemidega isikute jaoks. Üldharidusseaduse alusel on eripedagoogika üldhariduse üks osa. Õpilased, kes vajavad õpikeskkonna kohandamist, spetsiaalsete õppemeetodite rakendamist ja pedagoogilisi tugiteenuseid, suunatakse eripedagoogide juurde. HEV-õppe võimalused on loodud eri puuetega ja puudeastmetega õpilastele (EADSNE, 2010).

Üldhariduse seaduse kohaselt on kõik 7-aastaseks saanud lapsed koolikohustuslikud. Kohustuslik on 9-klassiline põhiharidus. Erivajadustega õpilastele võivad kooli valida nende vanemad. Erivajadusega lapse üldhariduskoolis õppimise eelduseks on

- akrediteeritud õppekava,
- tugispetsialistide olemasolu (eripedagoogid, logopeedid, psühholoogid jne),
- ravijuhendid,
- väiksemad klassid,
- kommunikatsiooniline tugi,
- adekvaatne hindamine (EC, Structures of Education and Training Systems in Europe: Latvia, 2009/2010).

Kui õpilasel ilmnevad raskused õppekava läbimisel, võib ta jätta õppeaastat kordama või saata pedagoogilis-psühholoogilisse komisjoni. Komisjon annab lastevanemale soovitusi edasise õppekava valiku suhtes, viimase otsuse teevad siiski lastevanemad. Komisjonidesse on kaasatud arst, psühholoog, erikooli õpetajad, sotsiaaltöötaja. Pedagoogilis-psühholoogilisi komisjone on loodud nii haridusministeeriumi kui ka kohalike omavalitsuste juurde. Eriklassid on loodud põhikoolides eri puuetega õpilastele, paljud lapsed on integreeritud või kaasatud üldhariduskoolidesse. Kahjuks ei ole teada üldhariduskoolidesse kaasatud erivajadustega laste arvu. Ministeeriumi määrused sätestavad tavaklassidesse integreeritud HEV-õpilaste ja selliste klasside õpilaste piirarvud. Õppetöös abistavad õpetajaid abiõpetajad. Igal erivajadusega õpilasel on individuaalne õppekava (EC, Organisation of the education system in Latvia, 2009/2010).

## LEEDU

Leedu eripedagoogika seaduses (1998) on toodud HEV-õppe struktuur ja HEV-õpilaste õppekorraldus. Selle seaduse alusel kuuluvad erivajadustega isikute hulka nii lapsed kui ka täiskasvanud, kelle võimalused õppeprotsessis ja sotsiaalelus osaleda on kaasasündinud või omandatud puude tõttu piiratud. Eripedagoogika seadus suurendab erivajadustega lastele ja noortele vaba ja sobiva hariduse andmisel ka riigi vastutust, kes peab võimaldama kõik vajalikud abivahendid ja tugiteenused (EC, Structures of Education and Training Systems in Europe: Lithuania, 2009/2010).

Leedu Vabariigi haridusseaduse (2003) alusel võimaldatakse HEV-õpet kõigi kohustuslike ja üldiste haridusprogrammide abil. Programme muudetakse, kohandatakse või luuakse vastavalt õpilase vajadustele uusi. Vajadusel võimaldatakse õpilasele õpiabi. HEV-õpet võimaldavad kõik üldhariduslikud õppeasutused ja teised hariduse korraldajad ning mõnikord erikoolid. Tavahariduse omandamiseks vajab HEV-õpilane rohkem aega. 10. klassi baasil on võimalik minna edasi õppima gümnaasiumi. Haridusseaduses on lahti kirjutatud ka HEV ja abiõpe, mille eesmärk on suurendada HEV-õpilase õppeprotsessi efektiivsust. Kuni 21-aastastele HEV-õpilastele pakuvad eripedagoogid pedagoogilis-psühholoogilise nõustamise teenust ja neile õpilastele, kes seda vajavad, osutatakse õpiabi. Haridusseaduse alusel on lapsel võimalik õppida tavaklassis, eriklassis või minna kooli, kus on eripedagoogilised programmid. Kooli keskkond kohandatakse vastavalt HEV-õpilase vajadustele, rakendatakse eripedagoogilist abi, abivahendeid ja eripedagoogilisi materjale (EADSNE, European Agency for Development in Special Needs Education, 2010).

## VENEMAA

Peale Nõukogude Liidu lagunemist muutus Venemaal eripedagoogika ülesehitus. Tänapäeval kuuluvad sellesse süsteemi nii üldhariduskoolid, kus on loodud eriklassid puuetega õpilastele, kui ka erikoolid. Esimene HEV-õpilasi kaasav kool Moskvas avas ukseid 2005. aastal. 2008. aastal oli Venemaal juba 11 regiooni, kus tegutsesid kaasavad koolid.

Viimastel aastatel on Venemaa eripedagoogikasüsteemis toimunud terve rida positiivseid muutusi. Venemaa valitsus kiitis heaks erikoolide arenguks vajalikud tüüpprogrammid, mis hõlmavad HEV-õppe erinevaid vorme: internaatkoole, eriklasse, erikoole psühholoogilist, meditsiinilist ja sotsiaalset abi vajavatele lastele, individuaalõpet kodus jne. Valmistati ette riikliku puuetega inimeste hariduse (eripedagoogika) seaduse projekt.

Paljudes Venemaa piirkondades on loodud eri tasemega haridusasutuste võrk. Lisaks 8 tüüpi erikoolidele (kuulmis-, nägemis-, liikumispuuetega, logopeediliste probleemidega ja vaimupuuetega õpilastele) on Venemaa eri piirkondades loodud erikoole väljendunud emotsionaalsete häiretega, käitumishäiretega, raske vaimse arengu mahajäämusega ja kombineeritud psühhofüsioloogiliste häiretega lastele. Hariduse integreeritud vormide väljaarendamisega on tegelenud mitme ülikoolid.

Viimastel aastatel on loodud eripedagoogiliste haridusasutuste innovatsioonilisi mudeleid. Nt koosneb üks hariduskeskus Mahhatškalas, Dagestani Vabariigis, lasteaiast, koolist, kutseõppekolledžist ja tööstusest. Kõik need institutsioonid on spetsiaalselt kohandatud HEV-õpilastele ja teismeliste.

Spetsialistide meeskonnad haridusasutuste juures osutavad HEV-õpilastele vajalikku psühholoogilist, logopeedilist ja pedagoogilist abi ning pakuvad vaimupuudega ja pimedatele õpilastele sotsiaalpedagoogilist

ja arstiabi. Lapsi õpetatakse individuaalselt või grupiviisiliselt nende individuaalsetele vaimsetele ja füüsilistele võimetele kohandatud eriprogrammide alusel vastavalt arstide soovitudele. Erilist rõhku pannakse laste suhtlemisoskuste arendamisele, võimalusel kehalistele harjutustele ja spordile (Oreshinka, 2009).

Erikoole ja selle valdkonna organisatsioone rahastatakse Venemaa Hariduse Akadeemia eelarvest. Erikoolide, internaatkoolide, tervist parandavate metsakoolide ja tuberkuloosi põdevate laste sanatooriumite pedagoogilised kollektiivid lahendavad laste terviseprobleeme ja püüavad võimaldada neile optimaalse tervisliku seisundi, mis on vajalik õppimiseks. Paljusid selliseid organisatsioone nimetatakse tervisekoolideks.

HEV-õpilastele mõeldud koolide, tervist parandavate koolide ja internaatkoolide võrk on heterogeenne. Sageli asuvad need koolid HEV-õpilaste kodukohast kaugel. Suur osa (60,4%) erivajadusega lastest peavad elama spetsiaalsetes internaatides, mis on kaugel nende kodust ja sugulastest. Sageli ei jätku kohalikel võimudel raha ja neil ei ole võimalik toetada puuetega laste õppimist väljaspool piirkonda. Mõnikord on rahapuudusel erivajadustega lastele mõeldud haridusasutusi ka suletud. Erikoolide õpilased jäävad mõnikord ilma ka vajalikust eripedagoogilisest abist (Belavyaskii, 2000).

Venemaa haridusseadus toob välja integreeritud (kaasava) hariduse vajadused puuetega lastele: puuetega lapsed tuleb kindlustada riikliku meditsiinilise ja psühholoogilise abiga ja õppimiseks vajaliku tervisliku seisundiga, kõigepealt kodukohajärgses põhikoolis, erandjuhul erikoolis.

Käesoleval ajal on integreeritud haridus Venemaal riigi hariduspoliitika prioriteediks. Siiski toovad larskaia-Smirnova ja Romanov (2007) välja puuetega laste, noorte ja nende vanemate probleemid hariduse omandamisel:

- üldhariduskoolis on HEV-õpilaste jaoks sobimatu keskkond;
- üldhariduskoolide laste vanemad on sageli vastu oma laste õppimisele koos puuetega lastega;
- suur osa üldhariduskoolide õpetajatest ja koolijuhtidest ei ole kursis puuetega inimeste teemaga;
- puuetega laste vanematel on kahju saata oma lapsi üldhariduskooli, mis annab neile tavaliselt vähe või üldse mitte infot haridusvõimalustest;
- linnades puudub või on väga piiratud transport;
- Venemaal on endiselt levinud vanad stereotüübid ja arusaamad puuetega inimeste kohta.

## PRANTSUSMAA

Prantsusmaal ei kasutata kindlat terminit HEV-õpilase jaoks lähtuvalt tema erivajadusest. Ei ole määratud, et HEV-õpilased vajavad täpselt kirjeldatud erilist hooldust ja jälgimist tavaharidussüsteemist väljaspool. Raskete puuetega või haigete laste ja teismeliste haridus põhineb infrastruktuuril, mis on tasapisi kasvanud väga tihedaks võrgustikuks. Haridusseadus, mis võeti vastu 2005. aastal, kinnitab puuetega laste õigust haridusele ning haridussüsteemi vastutust individuaalsete õppevõimaluste jätkamise eest. Haridusseaduse järgi võimaldatakse HEV-õpilasel käia elukohajärgses üldhariduskoolis, kaasatakse võimalikult palju vanemaid lapse õppetöö korraldamisega seotud küsimustesse, garanteeritakse vastavalt HEV-õpilase võimetekohase õppe järjepidevus ja puuetega õpilastele võrdsed võimalused ning tagatakse HEV-õpilastele lihtsustatud eksamikord (Lombardi, 2009/2010).

Koolide õppetöö kohandamine jagatakse kolme suurde sektorisse:

1. Ennetavad meetmed tõsiste kooliskäimise raskustega õpilaste jaoks

Siin on omakorda kaks erinevat taset. Esimese taseme eesmärk on ennetada kooliskäimise probleeme, mis tekivad teatud õpilastel üldhariduskoolides. Teisel tasemel tegeldakse tõsiste ja püsivate koolikäimise raskustega õpilastega. Neile mõeldud programme rakendatakse kohandatud üld- ja kutseõppes ning piirkondlikes kohandatud õppeasutustes. Olemas on ka klassid mahajäämusega õpilastele, mille eesmärk on soodustada õpilaste resotsialiseerimist ja tagasipöördumist koolisüsteemi läbi osalise juhendamise.

2. HEV-õpilaste hariduse omandamise võimalused

Õpilane käib tavaliselt elukohajärgses üldhariduskoolis. Õpe toimub eripedagoogika spetsialistide ja koduhooldusteenuse abiga, mis kombineerivad hoolduse ja õppimise võimalusi koolikeskkonnas algkoolist põhikoolitasemeni. Hariduse omandamise individuaalsete võimaluste hulka alg- ja põhikoolis kuulub kas ühe või mitme HEV-õpilase kaasamine tavaklassi ja see on kõigil kooliastmetel esmane ülesanne. Individuaalse õppe projekt puuetega lapse hariduse omandamiseks kindlustab vajalike meetmete selguse ja kvaliteedi, vajalikud tugiteenused, mis rajanevad individuaalsel situatsioonil ja õpilase vajaduste hindamisel. Kõigile puudega õpilastele on määratud tugiõpetaja, kes jälgib õpilase kooliaja vältel tema edasijõudmist. Tugiõpetajad ja kõik teised õpilase hariduse omandamisega seotud isikud peavad omavahel tegema tihedat koostööd.

3. Distantsõpe

Riiklik distantsõppe keskus on avalik organisatsioon, mis tagab kooli ja kutseõppe kõigile õpilastele, kes ei ole füüsiliselt võimelised haridust koolis omandama.

Meditsiiniline haridussektor

Kui üldhariduskoolis käimine ei ole võimalik, suunatakse puuetega inimene (tavaliselt 6–20 a) meditsiinilisse haridussektorisse, mis sageli haarab nii koolis käimist, õppimist kui ka ravi protseduure.

Ennetamine, ravi ja koduteenused

Need teenused on suunatud meditsiiniliste ja hariduslike probleemide märkamisele ja mõeldud samuti eelnevalt mainitud sihtrühmale. Tegevused on suunatud lapse keskkonnale, perekonnale ja eriti koolikeskkonnale, et anda juhiseid lapse hariduse omandamiseks (Lombardi, 2009/2010).

**ISLAND**

Islandil on eesmärk kõigi HEV-õpilaste vajaduste märkamine ja nendega arvestamine, kohtlemata neid teistest õpilastest erinevalt. Sellest lähtuvalt ei ole Islandil eraldi seadusandlust HEV-õppe jaoks ühelgi neljast haridustasemest. Lühidalt:

- kõigil õpilastel on võrdne võimalus koolis käia ja omandada haridus vastavalt oma võimetele ja vajadustele;
- koolid peavad tähelepanu pöörama kõigi õpilaste võimetele ja vajadustele;

- õpilased ja/või nende vanemad teevad valiku, millisesse kooli õpilane läheb;
- eripedagoogilist tuge vajavatel õpilastel on õigus pöörduda eripedagoogika spetsialisti poole.

Eraldi seadusandlus on olemas puuetega inimeste kohta (1992), mis sätestab, et kõiki puudega inimesi (vaimupuue, psüühikahäired, kehapuuded, pimedus ja/või kurtus, puuded, mis on tekkinud kroonilise haiguse või õnnetuse tagajärjel) tuleb aidata elada ja funktsioneerida normaalses ühiskonnas kõrvuti teiste inimestega (EC, Structures of Education and Training Systems in Europe: Iceland, 2009/2010).

HEV-õpe toimub eri viisidel:

- isikliku assistendiga tavaklassis kodukoha koolis: õpilane saab isikliku assistendi õpiabi vormis tugiteenust erinevates ainetes, lugemises ja matemaatikas või kõrvalabi igapäevastes tegevustes.
- õpilane õpib tunnis eripedagoogi individuaalsel juhendamisel samu aineid, mida tema kaasõpilased.
- individuaalne juhendamine väljaspool tavaklassi või erirühmas (osa- või täiskoormusega). Õpilane on osa aega oma koduklassis, osaliselt eriklassis.
- eriklassis tava- või erikoolis. Õpilane võib liikuda ka teise üldhariduskooli samas maakonnas. Õpilane on üldhariduskoolis, eriklassis või erikoolis.
- juhul, kui see on kõige sobivam vorm, õpib HEV-õpilane kodus või mõnes teises asutuses.

#### Riiklik ja maakonna toetus

Vastavalt seadusele on kohalikud omavalitsused kohustatud tagama põhikoolides spetsialistide poolt osutatud tugiteenuseid. See hõlmab õppekava täitmise tuge, spetsialisti nõustamist üldhariduskoolis õppivatele isikutele, õpiabi HEV-õpilastele ja psühholoogilist nõustamist (EC, Organisation of the education system in Iceland, 2009/2010).

Erikoolid pakuvad nõustamist üldhariduskoolidele ja vanematele kahest aspektist: puuetega õpilaste kaasamine kohalikesse koolidesse ning õpilaste siirdumist üldhariduskoolist erikoolidesse ja vastupidi (EADSNE, European Agency for Development in Special Needs Education, 2010).

Õpetajatel, kes töötavad üldhariduskoolidesse loodud erirühmades põhikooli tasemel, on osalise kaasamise abil regulaarne kontakt tavaharidusega. Olemas on üksused, mis võimaldavad kahes riiklikus lastehaiglas haiglasse paigutatud lastel õppida. Mõnikord peetakse seda eraldatud HEV-õppeks, kuid see on rohkem sarnane lühiajalise koduõppega haigete laste jaoks (EC, Structures of Education and Training Systems in Europe: Iceland, 2009/2010).

#### INGLISMAA

Inglismaa haridussüsteemis on rida piirkondlikke erinevusi koos piirkonnas kehtiva seadusandlusega. Haridusseadus võeti Inglismaal vastu 1996. a ja see seab kindlad ülesanded kohalikele võimuorganitele, kes vastutavad Inglismaa ja Walesi hariduskorralduse eest. Haridusseadus nõuab, et kohalikud võimuorganid

- identifitseeriks HEV-lapsed;

- vajadusel hindaksid erivajadusi, arvestades õpilaste hariduslikke, meditsiinilisi, psühholoogilisi ja teisi tegureid;
- koostaksid vajaduste kirjelduse ja täpsustaksid nende rahuldamise võimalusi.

Kohalikud omavalitsused peavad koostama ja avalikustama HEV-õppe poliitika, mis peab näitama, kuidas saavad kõik HEV-õpilased õppida üldhariduskooli õppekava alusel. Neil on kohustus suunata kõik HEV-õpilased üldhariduskoolidesse (kui lapse vanemad seda tahavad), et nad saaksid õppida kõrvuti sama vanade õpilastega, kellel erivajadusi ei ole. Üldhariduskooli saatmise kriteeriumid on järgmised:

- et õpilane saab oma õpiraskustele vastavat HEV-õpet;
- et HEV-õpilase haridustase on võrreldav temaga koos õppivate kaasõpilaste tasemega;
- et koolil olemasolevaid ressursse kasutatakse efektiivselt.

Seaduse järgi peavad ka riigikoolid Inglismaal vastu võtma õpiraskustega õpilasi ja andma avalikkusele informatsiooni (sh infot ja soovitusi lastevanematele) oma HEV-õppe võimaluste kohta. Seadusega ei ole lubatud KOV-del diskrimineerida puuetega õpilasi. KOV-d on saanud ülesande koostada plaan HEV-õpilaste haridusele juurdepääsu tagamise parandamise kohta. Seaduse järgi peavad ka koolid ja KOV-d propageerima võrdseid võimalusi nii puuetega kui ilma puudeta inimestele (Higginson, 2009/2010).

Seaduse järgi on esimene valik HEV-õpilastele alati kohalik või vanemate eelistatud üldhariduskool. Ometi ei sobi selline kool alati õpilaste vajadustega ja on olemas ka võimalus õppida erikoolis (koolides, mis garanteerivad vajalikud ressursid ja kogemustega personali HEV-õpilaste vajadustele rahuldamiseks) (EADSNE, European Agency for Development in Special Needs Education, 2010).

### MONTENEGRO

Montenegro sai iseseisvaks riigiks 2006. a. Montenegros peetakse oluliseks kõiki põhilisi inimõigusi, k.a lapse õigus haridusele, võrdsed võimalused hariduse omandamisel, elukestva õppe mõiste ja pühendumine paranemise jätkumisele, mistõttu korraldati 2000. aastal kõiki tasandeid haarav haridusreform.

Kaasasündinud puuetega õpilased, kes ei ole võimelised õppima tavaklassis, käivad erikoolides või üldhariduskooli eriklassides. Erikoolidesse õppima asumisega kaasnevad lapse jaoks paratamatult muutused sotsiaalses keskkonnas ja varane lahutamine oma perekonnast, mis mõjutab õpilaste täielikku kaasamist keskkonda, kus nad elavad.

On olemas 5 institutsiooni, mis on spetsialiseerunud HEV-õpilastele ja riskilastele:

- Kuulmis- ja Kõnepuuetega Isikute Hariduse- ja Rehabilitatsiooni Instituut Kotoris;
- Hariduse ja Kutseõppekeskus June 1 Podgoricas (kerge vaimupuudega ja autistlikud lapsed);
- Käitumisprobleemidega Laste ja Noorte Keskus;
- Puuetega Laste ja Noorte Hariduse ja Professionaalse Rehabilitatsioonikeskus (füüsiliste puuetega, pimedad ja halvasti nägevad lapsed);
- Laste ja Noorte Eriinstituut (mõõduka, raske ja sügava mahajäämusega lastele).

Erikoolide ühine eesmärk on hoolitseda arenguhäiretega õpilaste heaolu, tervise, kasvatamise, hariduse ja rehabilitatsiooni eest. Sel eesmärgil rakendatakse nendes koolides meetodeid, mis on kohandatud vastavalt puudeliigile ja -astmele.

HEV-õpe on Montenegros reguleeritud HEV-õpilastele mõeldud haridusseadusega, mida muudeti 2004. a. Peamised seadusemuudatused puudutasid HEV-lastest koosmist üldhariduskooli, laste erikoolidesse suunamist ja uut nn mobiilse meeskonna (*mobile team*) mõistet.

Kaasamise soodustamiseks moodustati koolide juurde spetsialistidest, vanematest ja õpetajatest komisjonid, mis kehtestasid spetsiaalsed normid ja reguleerisid õpilaste arvu, puudeliikide, astmete ja integratsiooni ulatust üldhariduskoolides. Õppekava hakati koolis rakendada lähtuvalt õpilaste võimetest. Vastavalt kaasava hariduse printsiipidele peavad üldhariduskoolid hakkama kasutama lisaks olemasolevale haridusteenusele selliseid professionaalseid teenuseid nagu kõneteraapia, HEV-õpe vaimupuudega, somaatiliste haigustega ja nägemispuuetega õpilastele. Komisjonid leidsid ka seda, et koolimajad tuleb ümber ehitada arenguhäiretega laste jaoks.

Oluline uuendus Montenegro haridussüsteemis on HEV-spetsialistidest koosnevate mobiilsete meeskondade (*mobile teams*) loomine, kuhu kuuluvad eelkõige defektoloogid (enamasti erikoolide eripedagoogid), psühholoogid, logopeedid ja muu kaasava hariduse valdkonnas koolitatud personal. Riiklikul tasandil planeeritakse Montenegros just nende nn mobiilsete meeskondade abil kiirendada käimasolevat muutuste protsessi kaasava hariduse valdkonnas (UNESCO, 2007).



## 7. Analüüsi järeldused

Hariduslike erivajadusega (HEV) laste probleemistik on oluline, sest puudutab tuhandeid lapsi Eestis: 2010. a jaanuari seisuga oli puue määratud 6791 lapsele. Lisaks üldistele põhimõtetele HEV-lastel üldhariduse korraldamisel on väga oluline analüüsida lahendusi spetsiifiliste sihtrühmade lõikes.

Üheks suurimaks ja enne käesolevat raportit uurimata sihtrühmaks on kehalise haiguse tõttu hariduslike erivajadustega ehk meditsiiniliste erivajadustega lapsed.

Puudub kokkulepe eri osaliste (haridus- ja tervishoiuametnikud, meditsiinitöötajad, õpetajad, lapsevanemad) vahel meditsiiniliste erivajadustega laste definitsioonis, seetõttu pole ka ülevaadet sihtrühma suurusel.

Uues põhikooli- ja gümnaasiumiseaduses lähtutakse haridusliku erivajadusega lapse õppe korraldamisel **kaasavast haridusest**. See võimaldab lastel õppida kodule lähimas koolis. Lisaks on seaduses sõnastatud selged kooli ja kooli pidaja kohustused, et tagada hariduslike erivajadustega õpilaste arenemine, toetamine ja võimetekohane õppimine.

Haridus- ja teadusministeeriumi kavakindel tegevus Eestis kaasava hariduse põhimõtete tagamiseks, mis eeldab vaikimisi seni eksisteerinud sanatoorsete ehk meditsiiniliste erivajadustega lastele orienteeritud koolide kaotamist, kusjuures puudub põhjalik mõjuanalüüs ning kindel rakendus- ja finantseerimisplaan, ohustab tuhandete laste õigust võrdväärsele kvaliteetsele üldharidusele. Konkreetse rakendusplaani puudumist on tunnistanud ka ministeerium ise.

Rahvusvaheline kogemus ja asjakohane teaduskirjandus kinnitab, et meditsiinilise erivajadusega lastele on võimalik võrdväärselt pakkuda üldharidust väga **erinevate korraldusmudelite alusel**. Konkreetne valik sõltub riikide varasemast kogemusest, väärtushinnangutest, riigi haridus- ja tervishoiukorraldusest ning rahalistest võimalustest. **Ilma põhjaliku mõjuanalüüsita** ning kõiki huvigruppe kaasava aruteluta on Eesti praeguse süsteemi muutmise **otstarbekus küsitav**. Eriti oluline on igasuguste muudatuste elluviimisel planeerida rahalisi vahendeid ja ressursside kättesaadavust nii muuduste tegemiseks kui ka uue süsteemi käigus hoidmiseks.

Praeguse haridus- ning tervishoiukorralduse koostöös on ulatuslikke puudusi, mis takistavad meditsiiniliste erivajadustega lastele üldhariduse andmise tõhusat analüüsi ja planeerimist. Probleemid algavad **ebapiisavast info kättesaadavusest** (eeskätt haigekassast) ning **analüüsivõimekusest** laste tervises seisundi ja selle muutumise kohta Eestis. Seeomakorda takistab sisukat probleemikäsitust ja koostöö planeerimist eri osaliste vahel (õpetajad, arstid, lapsevanemad, KOV ja riik). Suureks probleemiks on ka **vastutuse hajumine**: kes peab tagama meditsiinilise erivajadusega lastele võrdväärsed võimalused omandada üldharidus.

Kuigi Eestis on olemas koondstatistika puuetega ja krooniliste haigustega laste kohta, ei ole teada, kui paljud neist lastest vajaksid tegelikult sanatoorset kooli. Seetõttu on vaja põhjalikku uuringut nii sanatoorsetes koolides õppivate laste seas kui ka nende puudega või haigete laste seas, kes sanatoorses koolis ei õpi. Muuhulgas tuleb tagada avalike andmete kättesaadavus riigile ja elanikele oluliste probleemide lahenduste otsimisel.

Käesolevas analüüsis oleme välja toonud kuni 14 aastaste seas enamlevinud haigestumispõhjused: kuseelundite haigused, alumiste hingamisteede kroonilised haigused, bronhiaalastma, laste tserebraalparalüüs, neeru tubulointerstitsiaalhaigused, epilepsia, diabeet, hüpertooniatõbi, südame- ja rütmihäired ning kardiomüopaatia. Enamus neid haigustest on tõusva trendiga, st iga aastaselt on nendesse haigustesse laste haigestumine sagenenud.

Sanatoorsed koolid ei tööta Eestis tõhusalt. Probleemi lahendamiseks on vaja esmalt **defineerida sanatoorsete koolide koht haridussüsteemis** või muul viisil **tagada kõikidele meditsiiniliste erivajadustega lastele** võrdväärne üldhariduse omandamise võimalus. Igal juhul on vaja kokku leppida sellekohane **vastutus** haridus- ja teadusministeeriumi ning sotsiaalministeeriumi vahel. Praegu on sanatoorsete koolide tulevik ebakindel ning seetõttu jääb ka nende koolide arendustegevus tahaplaanile.

Ametkondliku **vastutuse hajutamist** peamiselt haridus- ja teadusministeeriumi, sotsiaalministeeriumi ja kohalike omavalitsuste vahel jätkab ka uus vastuvõetud PGS-s, kuna selles pole üheselt kirjeldatud meditsiiniliste erivajadusega laste hariduskorralduse standardit, seega puudub ka eri ministrite vastutus selle tagamiseks. Haridus- ja teadusministeerium ei käsitle sanatoorseid koole kui üht koolitüüpi, vaid liigitab need tervislikest põhjustest ja erivajadustest tulenevalt. Ühelt poolt on olemas näiteid raskemate somaatiliste haigustega õpilastest kõikides erinevates erivajadustega õpilaste koolides, samuti tava ja üldhariduskoolides. Samuti tõlgendatakse õpilaste arvu olulist vähenemist sanatoorsetes koolides asjaoluna, et need on oma endise vajaduse minetanud ja vaja oleks muuta nende profiili. Samal ajal **ei ole seni süsteemselt analüüsitud**, miks vastavad muutused on toimunud ja **kas nii on mõistlik** lahendada kõigi orienteeruvalt kuue tuhande meditsiinilise erivajadusega lapse toetus üldhariduse omandamiseks.

Tekkinud olukorras on sanatoorsete koolide seisund väga ebakindel ja segane. Muuhulgas on segaseks jäänud, millised peaksid sanatoorsed koolid olema ja kes on need lapsed, kes just seda koolitüüpi vajaksid. Samal ajal on lubamatu põhjendada sanatoorsete koolide mittevajalikkust sellega, et riigi tegevusetuse tõttu on nende areng pidurdunud.

Ühelt poolt on sanatoorsete koolide **potentsiaalne kasu** otseses sõltuvuses nende suutlikkuses pakkuda meditsiiniliste erivajadusega lastele igas mõttes **paremat ja professionaalsemat tuge** ja sama kvaliteetset haridust kui üldhariduskoolides. Teisalt on sanatoorsete koolide **marginaliseerimine** kindlaim viis, kuidas põlistada nendega seotud halba mainet ja ebatõhusat toimimist erivajadusega laste, nende vanemate ja ühiskonna jaoks.

Kokkuvõttes on meditsiiniliste erivajadusega lastele üldhariduse pakkumine praegu **korraldatud ebarahuldavalt** ning samal ajal **puudub** riigil selge **ülevaade probleemi suuruselt**. Mõistliku ümberkorralduse ulatuse ja viisi väljaselgitamiseks on vaja argumenteeritud ja asjaosaliste kõiki huve arvesse võtvat diskussiooni.

Kindlasti on oluline silmas pidada, et erivajadustega lastele võrdväärsete võimaluste pakkumine ei saa olla pelgalt fiskaalse lühiperioodi tõttu kokkuhoiule orienteeritud. Ühelt poolt on oht, et odav, kuid vilets plaan võimendab Eesti rahvastiku vähenemisega seotud negatiivseid mõjusid. Teisalt ütleb lihtne loogika, et igasuguste erinevustega tegelemine ongi põhimõtteliselt kulukam nn keskmisele vajadusele orienteeritud

lahendustest. Veelgi enam, igasugune muutus nõuab ajutiselt täiendavaid kulutusi ka siis, kui mingi olemasolev süsteem n-ö ära kaotada.

Seetõttu on oluline lisaks käesolevale üldisele uurimusele läbi viia erinevate alternatiivide rakendatavuse ja mõjuanalüüs, milles kasutatakse oluliselt spetsiifilisemaid andmeid teema kohta. Samuti annaks hea ülevaate meditsiiniliste erivajadustega lastest ning nende olukorrast nn juhtumiuuring nõustamiskomisjonides menetletud, aga ka nn tavakoolides õppivate laste kohta.

Seejuures on oluline probleemi käsitleda nii üksikisiku (s.o. meditsiinilise erivajadusega lapse ja tema pere) kui ka ühiskonna (s.o. ühe või teise ametkonna ning omavalitsuse) tasandilt ja sellest lähtudes töötada välja optimaalne lahendus. Viimane hõlmab muuhulgas ka läbirääkimisi ja kokkuleppeid eri osapoolte vastutuse osas ning tehtud otsuste elluviimise rahastamist.

## 8. Eesti võimalused tagada meditsiiniliste erivajadustega lastele tulemuslik kooliharidus

Eestile sobilik süsteem meditsiiniliste erivajadustega lastele tulemusliku koolihariduse pakkumiseks saab sündida üksnes põhjaliku analüüsi, huvirühmadega arutelu ja strateegilise sihiseade tulemusena – nagu on kirjeldatud järeltule peatükis. Allpool esitatud kokkuvõtte on kontseptuaalne käsitlus korralduse eri võimalustest ning nendega seotud eeldustest ja riskidest.

Käsitleme kolme üksteist täiendavat võimalust tagada meditsiiniliste erivajadustega lastele üldharidus. Teoreetiliselt võib neid variante rakendada ka üksteisest sõltumatult, seetõttu oleme toonud iga lahendusvariandi juurde teemade loetelu, mille lahendamisele see on sobivaim, aga samuti igaühe puhul eraldi lahendamata jäävad probleemid koos aruteluga, kuidas neid on võimalik lahendada. Iga alternatiivi juures märgime ära ka riskid, mis võivad kaasneda, kui muid võimalusi ei kasutata.

### 1. KAASAVA HARIDUSE ÜLEÜLDINE RAKENDAMINE

Kaasava hariduse põhimõtte ehk **võimaldada igale lapsele üldharidus tema kodu lähedal ja koos teiste lastega** on erivajadustega laste hariduskorralduse nurgakivi – nii on tänaseks Eestis otsustatud. See on kooskõlas Põhjamaade ühiskonna ja kultuuriruumi arusaamadega lapse ja pere tervikliku arengu toetamisest ning pole põhjust selle põhimõtte paikapidavuses kahelda.

Oma pere ja kodu lähedal elada ja koolis käia eelistab igaüks, eeldusel, et saadav haridus on hea kvaliteediga ja kulutused selleks on mõistlikud. Meditsiiniliste erivajadustega laste puhul tähendab see terve rea **täiendavate füüsiliste tingimuste, kuid ka toetavate teenuste ja lisapersonali olemasolu** koolis (pikemalt on seda käsitletud 5. peatükis). Meie arvutuste põhjal on Eestis ligikaudu 6000 õpilast, kelle puhul on tõenäoliselt vajalik täiendava tähelepanu pööramine nende meditsiinilisele teenindamisele.

Piiripealsetes olukordades – antud juhul haridus- ja tervishoiusüsteemi kokkupuutekohas – ei ole teenusekasutajate jaoks võimalik saavutada optimaalset tulemust, kui kumbki pool taotleb maksimaalset efektiivsust ainult enda põhiülesannete täitmist silmas pidades. Kokkupuutekohaks on siinkohal vajadus samal ajal ravida pikaajalist haigust ning tegeleda igapäevase õppetööga. Optimaalne tulemus tähendab mõlema vajaduse rahuldamist lapsele parimal moel, kusjuures kooli põhiülesanne pole ravida ega tervishoiusüsteemi ülesanne tagada hariduse omandamist. Seega on kaasava hariduse põhimõtteid (st kõik lapsed käivad üldhariduskoolis) võimalik rakendada ainult juhul, kui tervishoiu- ja sotsiaalsüsteem kohaneb sellise haridussüsteemi vajadustega.

See tähendaks, et iga perearst koos kõikide koolide tervishoiutöötajate ning sotsiaalsete tugiteenuste pakkujatega peavad lisaks üldelanikkonna teenindamisele olema valmis täiendavalt rahuldama erivajadustega laste spetsiifilisi vajadusi kogu aeg ja kõigis Eesti paikkondades. Samas ei ole Eesti Haigekassa kasutatav efektiivsustaotlusest lähtuv kulupõhine hinnamudel väga paindlik sellise muutuse rakendamiseks.

Paljudel juhtudel ei tulene meditsiiniliste erivajadustega lastega intensiivsemalt tegelemise vajadus mitte üksnes kliinilistest (diagnoos), vaid sotsiaalsetest (perekonna sotsiaalne taust) asjaoludest, mistõttu pole see haigekassa senise käsituse kohaselt kooskõlas ravikindlustusvahendite otstarbeka kasutamisega.

Kaasava hariduse ulatuslikuks ja edukaks rakendamiseks on igal juhul vaja korraliku analüüsi meditsiiniliste erivajadustega laste hulga ja geograafilise paiknemise kohta ning nn lünga-analüüsi olemasoleva koolivõrgu võimekuse ja vajaduse vahel luua erivajadustega lastele vajalikud tingimused. Eraldi tähelepanu tuleb pöörata taristu ja asjakohase personali tagamisele jätkusuutlikul viisil, mis hõlmab nii investeringuid kui ka oskuste ja võimekuse arendamist.

Arvestades meditsiinilise erivajaduse muutuvat iseloomu iga üksiku õpilase, aga ka sotsiaalsete tingimuste muutudes ühiskonna jaoks tervikuna (näiteks vanemate võimalus leida erivajadustega lastega tegelemiseks täiendavat aega või neile lisateenuste ostmiseks jaoks raha), peab korraldus olema paindlik pikaajaliste ja lühiajaliste kõikumiste suhtes nõudluse ulatuse ja iseloomu osas. Hõredamalt asustatud piirkondades võib vajadus eriväljaõppega inimeste ja tugiteenuste järele tekkida ning kaduda; muutuva iseloomuga haiguse korral peab lapsel olema paindlik võimalus saada vajalikke teenuseid juhul, kui selleks tekib vajadus jne.

Seega on kaasava hariduse totaalse rakendamise puhul oluline silmas pidada, et see on üsna kallis ja ühekorruga sanatoorsetel koolidel põhinevalt tugistruktuurilt ainult üldhariduskoolides kõigi meditsiiniliste erivajadustega laste koolitamisele üle minna poleks otstarbekas ega võimalikki.

Kuigi kaasava hariduse mõte on põhimõttena aktsepteeritud, ei olda hoiakutes ja suhtumises selleks valmis. Kindlasti peaks arvestama seda, et üldjuhul ei pruugita tavakoolides olla valmis aktsepteerima haigeid ja veidi teistmoodi lapsi. Seega tuleb arvestada võimaliku tõrjuva suhtumisega ning sellega, et negatiivsete hoiakute korral ikkagi lapsevanemad soovivad otsustada mõne muu, nende lapsi säästva lahenduse kasuks. Lisaks tuleb vältida olukorda, kus haiged lapsed paigutatakse koolis ühte klassi, n-ö teiste silma alt ära, eriti, kui on see võimalus on olemas, nagu järgmises variandis on toodud.

Igasuguste muutuste juhtimiseks peaks olema tingimata loodud kõigepealt kava koos asjakohase eelarvega (vrd nt venekeelsete gümnaasiumide üleminek eestikeelsele õppele).

Kokkuvõtteks – kaasava hariduse üleüldise rakendamise **tugevusteks** on kodule lähemal asuv kool ning see et laps jääb elama pere keskele, **nõrkusteks** aga see, et eeldab terve rea täiendavate füüsiliste tingimuste, toetavate teenuste ja lisapersonali olemasolu, selle rakendamiseks puuduvad ressursid ning see vajab tervishoiusüsteemi olulist ümberkohandumist.

## 2. ERIKLASSIDE LOOMINE VALITUD EESTI KOOLIDESSE

Vastavalt PGS-le on HEV-õpilastele võimalik avada ka eraldi klassid rasketes somaatiliste haigustega õpilastele. 01.01.2011 kehtima hakanud haridus- ja teadusministri määruse järgi (RT I, 29.12.2010, 88) on need klassid mõeldud õpilastele, kelle erivajadus on tingitud rasketest kroonilistest somaatilistest haigustest, millega

kaasneb säästva päevarežiimi, pideva ravi ja rehabilitatsiooni vajadus. Määruse järgi tagatakse koolis neile õpilastele vajaliku meditsiiniteenuse kättesaadavus ning kool korraldab koos lastevanemaga õpilasele rehabilitatsiooniplaanis ettenähtud teenuste kättesaadavuse.

Võrreldes sanatoorsete koolidega on eriklassides võimalik koondada lapsed kodule lähemale. Samuti puutuksid kõik lapsed, sõltumata nende erivajadustest, üksteisega tihedamini kokku. Samas ei ole üldse kindel, et niisugune lähenemine vähendaks stigmatiseerimist, kuna toimuks ikkagi erivajadustega laste eraldamine teistest lastest.

Samuti tekib eriklasside loomisel küsimus, mida muudab eriklass kooli jaoks. Majanduslik kokkuhoid meditsiiniliste erivajaduste jaoks vajalike tingimuste loomiseks ei oleks oluline, kuna vajalikud tugiteenused on seotud kooliga, mitte niivõrd klassitunniga.

Ühe variandina on mõeldav kavandada eriklassid kaasava hariduse rakendamisel täiendava võimalusena, kus piirkonna kohalikud omavalitsused lepivad enda piirkonnas kokku, et ühte kooli tehakse nt meditsiiniliste erivajadustega klass(id), luues juurde ka siis vastava taristu, teenused ja spetsialistid. Teine variant oleks rakendada eriklasse üleminekuperioodil kaasava hariduse järk-järgulise rakendamise meetmena. Mõlema variandi puhul jäävad alles eelkirjeldatud diskrediteerimisoht ning järgnevalt kirjeldatud KOV-de madala motivatsiooni probleem.

Eriklasse looval koolil olema tugev motivatsioon neid avada ning seega on oluline mõelda stiimulitele. Samas võib see ka tähendada, et koolil võiks olla rahaliselt kasulik pöörata suuremat tähelepanu just meditsiiniliste erivajadustega lastele. Põhimõtteliselt saab sama lähenemist kasutada ka eelmise, totaalse kaasava hariduse rakendamise puhul, kuid siis võib see osutada rahaliselt väga kulukaks. Motiveerides esmalt koole, kes esimesena vajalikud investeeringud ning õppe- ja toetavate tegevuste ümberkorralduse ette võtavad, on ilmselt otstarbekas pakkuda võimalusi suuremale hulgale erivajadustega lastele kui vaid selle piirkonna lapsed.

Eriklasside loomise puhul ainult teatud koolidesse on oluline ka maakondlik koordineerimine. Vajaduse korral võiksid lapsed ajutiselt käia ka lähedal asuvas eriklassis, kui sealne tugiteenus võimaldab ajutiselt ägenenud haiguse või ka ajutiselt halvenenud sotsiaalsete tingimuste korral pakkuda piisavat tuge koolis käimise ja haigusega toimetulekuks.

Nagu kaasava hariduse rakendamisel, on ka eriklasside loomise puhul vajalik põhjalik analüüs ühelt poolt meditsiiniliste erivajadustega laste hulga ja geograafilise paiknemise kohta ning nn lünga-analüüs olemasoleva koolivõrgu võimekuse ja vajaduse vahel luua erivajadustega lastele vajalikud tingimused. Eraldi tähelepanu tuleb pöörata sellele, kuidas tagada taristu ja asjakohane personal jätkusuutlikul viisil, mis hõlmab nii investeeringuid kui ka oskuste ja võimekuse arendamist.

Eriklasside avamisel jääks nõustamiskomisjonide roll väiksemaks ning lastevanematel oleks suurem valikuvabadus. See tähendaks, et lapse eriklassi suunamiseks ei ole tingimata vaja nõustamiskomisjoni soovitusi ja lapsevanemad saaksid oma lapse panna just enda jaoks kõige sobivasse kooli.

Probleem tekiks siis, kui kaasava hariduse rakendamisega ning eriklasside loomisega suletakse sanatoorsed koolid. Kui olemasolev süsteem lõhutakse ja uus süsteem ei vasta päriselt kaasava hariduse lähenemisele, võib haridussüsteemist kaduda mitmeid lapsi. Selle võib tingida nii lastevanemate vähesem paindlikkus kui ka maakondade lõikes kõikuv haridusteenuste kvaliteet. Igal juhul peab sellise lähenemise puhul olulisel määral kohanduma ka tervishoiusüsteem ja vähemalt igas maakonnas peaks sellised klassid ja vastavad teenused olema koolidele ning õpilastele kättesaadavad. Mõnevõrra on võimalik koondada meditsiiniliste erivajadustega lastele üldhariduse pakkumise kogemusi ja teavet, kuid raske on ette kujutada, et kuhugi tekiks suur pädevuskontsentratsioon, välja arvatud juhul, kui esmases käivitusfaasis toetatakse väga jõuliselt nn pioneerkoole.

Kokkuvõtvalt võib öelda, et eriklasside loomise **tugevusteks** on see, et lapsel võimalik õppida kodu ligidal või vähemalt samas maakonnas ning sellist süsteemi võib kasutada üleminekuperioodil. Sellise võimaluse **nõrkuseks** aga on küsitav majandusliku efektiivsuse ja teostatavuse eelis kaasava haridusega võrreldes, see vajab tervishoiusüsteemi olulist ümberkohandumist, HEV-lastest diskrediteerimine ei muutu, palju sõltub üldisest koolivõrgukorraldusest (sh maakondlikku organiseeritust) ning kasutamata jääb olemasolevate erikoolide potentsiaal ja ressurss.

### 3. SANATOORSED KOOLID KUI TEABEKESKUSED

Kolmas võimalus meditsiiniliste erivajadustega lastele üldhariduse pakkumisel oleks välja arendada korralikud teabekeskused, millest saaksid kasu võimalikult paljud: õpilased, õpetajad, lapsevanemad, spetsialistid jne. Teabekeskuste loomine toetab olemasoleva 40-aastase kogemuse kasutamist ja kohanemist uute arusaamade ja võimalustega. Teabekeskustesse koonduksid parimad oskused ja pädevused, mida saaks ka edukalt jagada.

Keskused oleksid paindliku teenusepakujana lühema perioodi, nt 2–3 kuu jooksul lastele toeks (nt diabeetik, kellel avastatakse haigus, et ta saaks kätte rutiini). Samuti võimaldaks keskus tugevat kompetentsust koondada ja arendada ning olla ka koolituskeskuseks üldhariduskoolide personalile ja lastevanematele.

Selline lähenemine ei oleks vastuolus ka olukorraga, kus pikaajaline strateegia näeb ette totaalset kaasava haridusele üleminekut, kuna üleminekuks on vaja toetatavat süsteemi, mis võimaldaks vajaduse korral ka tervishoiusüsteemis ümberkorraldused läbi rääkida ja ellu viia. Sellisel juhul oleks võimalik sanatoorsete koolide teabekeskuse rolli ajas kohandada vastavalt üldharidussüsteemi arenemise ja kaasava hariduse rakendamise kuluga.

Kõige efektiivsem oleks luua teabekeskused olemasolevatesse sanatoorsetesse koolidesse. Näiteks Tšehhis, Austrias ja Saksamaal on erikoolidest kujunenud teabekeskused, mis arendavad välja uusi pedagoogilisi meetodeid ja suundi ning pakuvad nõustamis- ja tugiteenuseid nii õpilastele, nende vanematele kui ka tavakoolide õpetajatele. See eeldab kindlasti ka investeringuid ning pikaajalise stabiilsuse jaoks on oluline riigi (eeskätt haridus- ja teadusministeeriumi ning sotsiaalministeeriumi) ja kohaliku omavalitsuse kohustuste täpne määratlemine. Põhimõtteliselt võiks senist kogemust arvestades leida võimalusi ka avaliku ja erasektori koostöök, kuid ka see eeldab selget riigipoolset seisukohta ja pikaajaliselt oma kohustuste täitmist.

Teabekeskuste analüüs lisaks eelnevale kahele lahendusviisile peaks sisaldama ka riskianalüüsi selle kohta, kas ja kui palju oleks niisugune lähenemine majanduslikult otstarbekam ning kuidas vältida üldhariduskoolides lihtsama vastupanu teed minemist ja kergekäelist suunamist sanatoorsetesse koolidesse mitte meditsiinilistel, vaid pelgalt sotsiaalsetel näidustustel. Kõige olulisem tingimus selle riski maandamiseks on käesolevas uuringus korduvalt mainitud vajadus selgelt defineerida meditsiiniliste erivajadustega laste sihtrühm ning kõigi osaliste vastutus sellega seoses.

Teabekeskuse loomine võimaldab meditsiinilist teenindamist mõne haigla baasil koostöös kindla esmatasandiga (sh suuremad munitsipaal-perearstikeskused), mis ei eelda tervishoiusüsteemi väga suurt ümberkorraldamist üle kogu Eesti. Põhielukohas piisab perearstide regulaarsest informeerimisest ja ravi koordineerimisest sanatoorse kooliga.

Kokkuvõtvalt saab öelda, et teabekeskuse loomise peamisteks **nõrkusteks** oleks, et lapsed viiakse eemale oma kodunt/elukohast ja et see eeldaks hariduskorralduse suuremat kohandumist ja keerukamat juhtimist. Teabekeskuse **tugevuseks** oleks aga, et saab toetuda olemasoleva süsteemi tugevustele, see ei eelda tervishoiusüsteemi väga suurt ümberkorraldamist, sobiks paindliku teenusena õpilasele ka lühemaks perioodiks, koolituskeskusena üldhariduskoolide personalile ja lastevanematele, võimaldaks koondada ja arendada tugevat pädevust ja teavet kogu Eesti toetuseks ning toetaks kaasava hariduse põhimõtete sujuvat rakendamist.

#### 4. ALTERNATIIVIDE KULUDE VÕRDLUS

Korrektset kuluefektiivsuse analüüsi olemasolevate andmete põhjal teha ei ole võimalik samadel põhjustel, mida on käsitletud 4. peatükis. Kõige olulisem on see, et Eestis puudub kokkulepe meditsiiniliste erivajadustega laste tähenduse osas ning reaalne plaan kaasava hariduse üldiseks rakendamiseks. Isegi kui me teame kui palju kulub meditsiiniliste erivajadustega laste teenindamiseks sanatoorses koolis, siis vajaliku detailsusega üleriigilised koondandmed ei ole kättesaadavad.

Kindlasti on oluline silmas pidada, et erivajadustega lastele võrdväärsete võimaluste pakkumine ei saa olla pelgalt fiskaalsele kokkuhoiule orienteeritud. Ühelt poolt on oht, et odav, kuid vilets plaan võimendab Eesti rahvastiku vähenemisega seotud negatiivseid mõjusid. Teisalt ütleb lihtne loogika, et igasuguste erinevustega tegelemine ongi põhimõtteliselt kulukam nn keskmisele vajadusele orienteeritud lahendustest. Veelgi enam, igasugune muutus nõuab ajutiselt täiendavaid kulutusi ka siis, kui mingi olemasolev süsteem n-ö ära kaotada.

Rahvusvahelisest kirjandusest ei õnnestunud meil leida erikoolide ning üldise kaasava hariduse rakendamise kulu-efektiivsuse võrdlevaid analüüse. Soomes, kus on rakendatud täielik kaasav haridus, on hakatud rääkima, et see läheb liiga kalliks (vt ptk 6), ent korralik kuluanalüüs selle kohta veel puudub.

Seetõttu oleme allpool välja toonud põhimõtteliselt, milliseid kulutusi toob meie eelduste kohaselt kaasa esiteks kõigi meditsiiniliste erivajadustega Eesti õpilaste teenindamine ning teiseks, millised kulutused on vaja teha selleks näiteks ühes sanatoorses koolis.



Meditsiiniliste erivajadustega laste puhul tähendab kooliskäimine terve rea **täiendavate füüsiliste ja organisatorsete tingimuste ning toetavate teenuste ja lisapersonali olemasolu** koolis (pikemalt on seda käsitletud 5. peatükis).

Meie arvutuste põhjal on Eestis ligikaudu **6000 õpilast**, kes tõenäoliselt vajavad täiendavat tähelepanu nende meditsiinilisele teenindamisele. Nende teenindamiseks on kaks põhimõttelist võimalust, esiteks olukord, kus erihariduskoolid eksisteerivad osana üldharidussüsteemist ning teiseks olukord, kus tavakoolid saavad hakkama nõ ise (kaasav haridus või eriklassid). Kuna meil puuduvad andmed põhjalikuks kuluefektiivsusanalüüsiks, oleme kvalitatiivselt hinnanud võimalikke kaasnevaid kulutusi mõlemas olukorras ning tulemused on esitatud alljärgnevas tabelis 5.

**Tabel 5. Võimalikud kulukohad sanatoorses ning üldhariduskoolis**

	<b>Erikoolid osana üldharidussüsteemist</b>	<b>Puhas kaasav haridus või eriklassid</b>
<b>Pidev meditsiiniline jälgimine</b>	Intensiivne vajadus korraldatud kontsentreeritult (koostöös eriarstidega).	Intensiivne vajadus läbi perearsti ja eriarstide üle Eesti. Osa kaudsetest kuludest perekonnal.
<b>Logopeed</b>	Intensiivne vajadus korraldatud kontsentreeritult.	Intensiivne vajadus korraldatud hajusalt üle Eesti. Kulu ühe õpilase kohta suurem.
<b>Psühholoog</b>	Intensiivne vajadus korraldatud kontsentreeritult.	Intensiivne vajadus korraldatud hajusalt üle Eesti.
<b>Ravivõimlemine</b>	Intensiivne vajadus korraldatud kontsentreeritult.	Intensiivne vajadus läbi perearsti ja teenusepakkujate üle Eesti. Suur osa kaudsetest kuludest perekonnal.
<b>Õpiabiõpetaja</b>	Intensiivne vajadus korraldatud kontsentreeritult, kuid lahus teiste HEV-õpilastest.	Intensiivne vajadus korraldatud hajusalt üle Eesti, kuid saab kombineerida teiste HEV-õpilaste vajadusega.
<b>Sotsiaalpedagoog</b>	Intensiivne vajadus korraldatud kontsentreeritult.	Intensiivne vajadus korraldatud hajusalt üle Eesti.
<b>Kasvatavad</b>	Intensiivne vajadus korraldatud kontsentreeritult.	Vajadus puudub.

Eksisteerivad järgmised põhimõttelised mehhanismid, mis muudavad erivajadustega laste teenindamise üldhariduskoolis kulukamaks võrreldes olukorraga, kus neid teenindatakse eraldi sanatoorsetes koolides:

- Täiendavate füüsiliste tingimuste loomine kõikidesse üldhariduskoolidesse (seisuga 2010 oli neid Statistikaameti andmetel 545) on kulukam, kuna valdavalt on tegemist avalike hüvistega, mille väärtus kasutamisel ei lange ning ühe inimese kasutamine ei välista teise kasutamist. Näiteks ei muuda oluliselt lifti hinda see, kas seda kasutavad 10 või 100 last. Olulisem on hoopis, mitu lifti ehitatakse.

- Individuaalselt kasutatavate meditsiinitarvete kulutused üldhariduskoolides on sedavõrd suuremad, kuivõrd on suuremad transpordi- ja halduskulud kõikide koolide varustamisel, võrreldes olukorraga, kui varustatakse piiratud arvu erikoole.
- Keskmiselt jagub ühte üldhariduskooli meditsiiniliste erivajadustega lapsi umbes 11 (meie arvutuste kohaselt ligi 6000 kooliealist last, koolide arv 545). Kuna ligi pooled neist lastest vajavad jälgimist kas iga päev või tihedamalt, on võimalik, et paljudes koolides eksisteerib vajadus pidevalt kohal oleva meditsiinilise personali järele. On selge, et vähemalt väiksemate koolide puhul ei ole tegemist kuluefektiivse tegevusega.
- Muu teenindava personali (logopeed, sotsiaalpedagoog, psühholoog jms) puhul ei ole nende pidev kohaolu vajalik, kuid ilmselt ei jätku enamikesse koolidesse piisavalt palju õpilasi, et neil oleks neis täiskohaga tööd. Seega eksisteerivad teenindava personali osakoormustega kaasnevad kulutused, näiteks transpordikulud.

Eelpool kirjeldatud eeldustest lähtudes tundub tõenäoline, et kuluefektiivsem on pakkuda teenuseid igapäevase hooldusvajadusega meditsiiniliste erivajadusega lastele kontsentreeritult, st samas kohas suuremale arvule õpilastele ehk sanatoorsetes koolides.

Samas võib sanatoorsetes koolides õpetamine olla mõnes aspektis siiski kulukam. Kõige olulisem on siinjuures perekondadele tekkiv täiendav kulu (transport jm) seoses lapse viibimisega väljaspool kodu. Samuti tuleb arvestada, et sanatoorsete koolide loomine ei välista suurema osa erivajadustega lastele üldhariduskoolides sobivate võimaluste loomist. Viimane on kindlasti vähemkulukas kui igapäevase ravi jälgimiseks ja toetamiseks võimaluste loomine, ent võrreldes tänase olukorraga on igal juhul vaja täiendavaid investeeringuid.

Kokkuvõttes ei ole käesoleva uuringu piirangute tõttu võimalik välja tuua majanduslikult kõige otstarbekamat lahendust meditsiiniliste erivajadusega laste üldhariduse korraldamiseks Eestis. Olulisemad uuringu piirangud on seotud analüüsiks vajaliku info puudusega (või selle hankimise keerukusega) ning erinevate osapoolte (ministeeriumid, haigekassa, arstid, lapsevanemad) erimeelsustega meditsiinilise erivajadusega laste definitsioonist ning vastastikustest rollidest ja vastutusest.

Seetõttu tuleks erivajadusega laste üldhariduse tervikliku kontseptsiooni raames läbi viia eraldi täiendav kuluefektiivsuse analüüs, mis arvestaks kõigi asjaoludega ning pikemaajaliste prognoosidega.

## 9. Kasutatud kirjandus

1. Aasmäe, M. (2010). *Riigikohus*. Allikas: <http://www.nc.ee/?id=1109>
2. AIHW. (2005). *Australia's national agency for health. Kasutamise kuupäev: 03. 02 2011. a., allikas Chronic diseases: <http://www.aihw.gov.au/chronic-diseases/>*
3. Avramidis, E., 2000. *A Survey into Mainstream Teachers` Attitudes Towards the Inclusion of Children with Special Educational Needs in the Ordinary School in One Local Education Authority*, Educational Psychology, Vol.20, No 2.
4. Belyavskii, B.V., 2000. *Problems in Specialized Education of Handicapped Children in the Russian Federation*. Biomedical Engineering, Vol.34, No 3.
5. Carrington, S., 1999. *Inclusion Needs a Different school culture*. International Journal of Inclusive Education, Vol. 3, pp. 257-268.
6. EADSNE. (2010). *European Agency for Development in Special Needs Education* . Kasutamise kuupäev: 12. 08 2010. a., allikas Country information for Sweden: <http://www.european-agency.org/country-information/sweden>
7. EADSNE. (2010). *European Agency for Development in Special Needs Education*. Kasutamise kuupäev: 15. 08 2010. a., allikas Country information for Finland: <http://www.european-agency.org/country-information/finland>
8. EADSNE. (2010). *European Agency for Development in Special Needs Education*. Kasutamise kuupäev: 11. 08 2010. a., allikas Country information for Czech Republic: <http://www.european-agency.org/country-information/czech-republic>
9. EADSNE. (2010). *European Agency for Development in Special Needs Education*. Kasutamise kuupäev: 13. 08 2010. a., allikas Country information for Germany: <http://www.european-agency.org/country-information/germany>
10. EADSNE. (2010). *European Agency for Development in Special Needs Education*. Kasutamise kuupäev: 02. 09 2010. a., allikas Country information for Austria: <http://www.european-agency.org/country-information/austria>
11. EADSNE. (2010). *European Agency for Development in Special Needs Education*. Kasutamise kuupäev: 18. 08 2010. a., allikas Country information for Netherlands: <http://www.european-agency.org/country-information/netherlands>
12. EADSNE. (2010). *European Agency for Development in Special Needs Education* . Kasutamise kuupäev: 11. 08 2010. a., allikas Country information for Lithuania: <http://www.european-agency.org/country-information/lithuania>
13. EADSNE. (2010). *European Agency for Development in Special Needs Education*. Kasutamise kuupäev: 10. 08 2010. a., allikas Country information for Latvia: <http://www.european-agency.org/country-information/latvia>
14. EADSNE. (2010). *European Agency for Development in Special Needs Education*. Kasutamise kuupäev: 03. 09 2010. a., allikas Country information for Iceland: <http://www.european-agency.org/country-information/iceland>
15. EADSNE. (2010). *European Agency for Development in Special Needs Education*. Kasutamise kuupäev: 02. 09 2010. a., allikas Country information for United Kingdom (England): <http://www.european-agency.org/country-information/united-kingdom-england>

16. EC. (2009/2010). *Organisation of the education system in Finland*. Eurydice: European Commission.
17. EC. (2009/2010). *Organisation of the education system in Germany*. European Commission.
18. EC. (2009/2010). *Organisation of the education system in Iceland*. European Commission.
19. EC. (2009/2010). *Organisation of the education system in Latvia*. European Commssion.
20. EC. (2009/2010). *Organisation of the education system in Sweden*. Eurydice: European Commission.
21. EC. (2009/2010). *Organisation of the education system in the Czech Republic*. Eurydice: European Commssion.
22. EC. (2009/2010). *Organisation of the education system in the Netherlands*. European Commission.
23. EC. (2009/2010). *Structures of Education and Training Systems in Europe: Austria*. European Commission, Austrian EURYDICE information unit.
24. EC. (2009/2010). *Structures of Education and Training Systems in Europe: Czech Republic*. Praha: European Commssion, Institute for Information on Education.
25. EC. (2009/2010). *Structures of Education and Training Systems in Europe: Finland*. EURYDICE : European Commission.
26. EC. (2009/2010). *Structures of Education and Training Systems in Europe: Germany*. Berlin: European Commssion, Eurydice-Informationstelle beim Bundesministerium für Bildung und Forschung.
27. EC. (2009/2010). *Structures of Education and Training Systems in Europe: Iceland*. The Icelandic Eurydice Unit.
28. EC. (2009/2010). *Structures of Education and Training Systems in Europe: Latvia*. Riga: European Commission, Collective responsibility of Eurydice Unit.
29. EC. (2009/2010). *Structures of Education and Training Systems in Europe: Lithuania*. Vilnius: European Commission, Ministry of Education and Science.
30. EC. (2009/2010). *Structures of Education and Training Systems in Europe: Sweden*. Stockholm: European Commission, Ministry of Education and Research.
31. EC. (2009/2010). *The Education System in Austria*. European Commssion.
32. Egilson S.T., Traustadottir, R., 2009. *Assistance to pupils with physical disabilities in regular schools: promoting inclusion or creating dependency?* European Journal of Special Needs Education, Vol. 24, No 1, pp. 21-36.
33. Eest Vabariigi Invaloliitika üldkontseptsioon, [www.epikoda.ee](http://www.epikoda.ee)
34. EHK. (2009). *Eesti Haigekassa*. Kasutamise kuupäev: 01. 02 2011. a., allikas Tervishoiuteenused: <http://www.haigekassa.ee/haigekassa/statistika/tervishoiuteenused>
35. Eksamikeskus. (2010). *Riiklik Eksami- ja Kvalifikatsioonikeskus*, [www.ekk.edu.ee/](http://www.ekk.edu.ee/)
36. European Commission, EC (2002). *Definition of disability in Europe: a comparative analysis*. Brunel University: Employment and Social Affairs.
37. Eurostat. (2011). *Statistika andmebaas*. Kasutamise kuupäev 01.02. 2011. a.

38. Haridus- ja Teadusministeerium, HTM, (2010). *Kõigi valdkondade statistilised andmed*. Kasutamise kuupäev: 12. 11 2010. a., allikas Õppeasutuste ja õppurite kohta käiv statistika: <http://www.hm.ee/index.php?048055>
39. Haridusportaal. (2011). [www.haridusportaal.ee](http://www.haridusportaal.ee)
40. Higginson, C. (2009/2010). *Structures of Education and Training Systems in Europe: United Kingdom - England*. European Commission.
41. Iarskaia-Smirnova, E. & Romanov, P., 2007. *Perspectives of inclusive education in Russia*, European Journal of Social Work, Vol.10, No. 1, pp.89-10
42. Kallavus, T. (2008). *Hariduslike erivajadustega laste aitamisvõimalused meeskonnatöö vaatenurgast*. Kasutamise kuupäev: 12. 09 2010. a., allikas <http://www.ut.ee/orb.aw/class=file/action=preview/id=303677/Kallavus+02.11.pdf>
43. Kanep, H. 2008. „Haridusliku erivajadusega õpilane koolikaardil, tugiteenuste kättesaadavus haridusliku erivajadusega õpilasele”. Haridusministeerium.
44. Karlep, K., Plado, K., 2005. *Erivajadustega laps eile, täna, homme*. Haridus nr.8
45. Kontor, A. (02. 12 2006. a.). *Nõustamis- ja õpiabikeskus*. Kasutamise kuupäev: 08. 11 2010. a., allikas Nõustamiskomisjoni tegevus : [http://opiabi.tartu.ee/index.php?option=com\\_content&task=view&id=46&Itemid=1](http://opiabi.tartu.ee/index.php?option=com_content&task=view&id=46&Itemid=1)
46. Kõrgessaar, J., 2002. Sissejuhatus hariduslike erivajaduste käsitusse.
47. Lombardi, L. (2009/2010). *Structures des systèmes d'enseignement et de formation en Europe: France*. European Commission.
48. Oreshkina, M., 2009. *Education of children with disabilities in Russia: on the way to integration and inclusion*. International Journal of Special Education, Vol. 24, No 3.
49. Raudik, S. (2008). Kaasav haridus ja hariduslikud erivajadused. rmt: *HEV lapsed ja hariduskorraldus* (lk HTEP.01.122). Tartu Ülikool: Loengumaterjal.
50. REKK, 2007. Erivajadustega lapse ja noore toetamise võimalusi hariduse omandamise
51. Riigikontroll. (2006). *Erivajadustega laste õppimisvõimalused*. Tallinn: Kontrolliaruanne nr OSIII-2-6/06/93.
52. Robinson, R., Young, K., Roos, L., & Gelske, D. (1997). Estimating the Burden of Disease: Comparing Administrative Data and Self-Reports. *Medical Care* , Volume 35 - Issue 9 - pp 932-947.
53. RT 1992, 12, 192. Eesti Vabariigi Haridusseadus. Vastu võetud 23.03.1992. Riigikogu. Riigi Teataja.
54. RT I 2010, 41, 240. Põhikooli- ja gümnaasiumiseadus. Vastu võetud 09.06.2010. Riigikogu. Riigi Teataja
55. RT I 2010, 57, 387. Koolitervishoiuteenust osutava õe tegevused ning nõuded õe tegevuste ajale, mahule, kättesaadavusele ja asukohale. Vastu võetud 13.08.2010 nr 54. Sotsiaalminister. Riigi Teataja
56. RT I 2011, 88. Hariduslike erivajadustega õpilaste klassides ja rühmades õppe ja kasvatuse korraldamise alused ning õpilaste klassi või rühma vastuvõtmise või üleviimise, klassist või rühmast väljaarvamise ning ühe õpilase õpetamisele keskendatud õppe rakendamise tingimused ja kord. Vastu võetud 23.12.2010 nr 76. Riigikogu. Riigi Teataja

57. Saloviita, T. (2011). *INKLUUSIO ELI "OSALLISTAVA KASVATUS"*. LÄHTEITÄ SEKÄ 13 PERUSTETTA INKLUUSIOTA VASTAAN. <http://users.jyu.fi/~saloviit/tutkimus/inclusion.html>:
58. Sippola, M. (2010). Puheenjohtaja Sippola eduskunnassa. *Luokanopettajaliitto* , HE 109/2009 laiksi perusopetuslain muuttamisesta
59. SoM. (2004). *Haiguskoormuse tõttu kaotatud eluaastad Eestis: seosed riskifaktoritega ja riskide vähendamise kulutõhusus*. Tallinn: Sotsiaalministeerium, TÜ tervishoiu instituut.
60. Sotsiaalkindlustusamet. (2010). *Püsiva töövõimetuse ja puude ekspertiis*. Kasutamise kuupäev: 02. 02 2011. a., allikas Riiklik statistiline aruanne: <http://www.ensib.ee/arstlik-ekspertiis/>
61. Statistikaamet. (2011). *Statistika andmebaas*. Kasutamise kuupäev: 02. 02 2011. a., allikas Rahvaarv ja rahvastiku koosseis: [http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Rahvastik/01Rahvastikunaitajad\\_ ja\\_koosseis/04Rahvaarv\\_ ja\\_ rahvastiku\\_koosseis/04Rahvaarv\\_ ja\\_ rahvastiku\\_koosseis.asp](http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Rahvastik/01Rahvastikunaitajad_ ja_koosseis/04Rahvaarv_ ja_ rahvastiku_koosseis/04Rahvaarv_ ja_ rahvastiku_koosseis.asp)
62. Statistikaamet. (2009). *Statistika andmebaas*. Kasutamise kuupäev: 01. 02 2011. a., allikas Tervishoid: <http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Sotsiaalelu/13TERVISHOID/13TERVISHOID.asp>
63. TAI. (2009). *Tervise Arengu Instituut*. Kasutamise kuupäev: 02. 02 2011. a., allikas Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas: <http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/dialog/statfile2.asp>
64. Teder, I. (2008). *Kontrollkäik Keila-Joa Sanatoorsesse Internaatkooli*. [http://www.oiguskantsler.ee/public/resources/editor/File/03\\_Kontrollik\\_ik\\_Keila-Joa\\_Sanatoorsesse\\_Internaatkooli\\_aprill\\_2008.pdf](http://www.oiguskantsler.ee/public/resources/editor/File/03_Kontrollik_ik_Keila-Joa_Sanatoorsesse_Internaatkooli_aprill_2008.pdf).
65. THTK. (2011). Tartu hariduse tugiteenuste keskus.
66. Trussell, R., Elinson, J., & Levin, M. (1956). Comparisons of Various Methods of Estimating the Prevalence of Chronic Disease in a Community-The Hunterdon County Study. *AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH* , 173-182.
67. UNESCO. (2007). STATE IN THE FIELD OF EDUCATION OF CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS IN MONTENEGRO. *Regional Preparatory Workshop on Inclusive Education*. Sinaia, Romania: Podgorica.
68. Wise, P., Huffmann, L., & Brat, G. (2007). *A Critical Analysis of Care Coordination Strategies for Children With Special Health Care Needs*. AHRQ Publication No. 07-0054.
69. Vooglaid, Ü. (2009). *Haridus ja haridussüsteem*. Loengumaterjal.

## LISAD

## Lisa 1.1. Intervjuud arstidega

### Intervjuude kirjeldus

Intervjuud on poolstruktureeritud ja toimuvad n-ö vestluse vormis. Vestluse suunamiseks on ette valmistatud teemad ja mõned küsimused, mis vajavad kohtumise käigus arutamist. Alljärgnevalt on toodud ettevalmistatud teemad/küsimused, mida konkreetse intervjuueeritava puhul vastavalt vajadusele täpsustatakse.

#### Erivajadustega lapsed

- Kes on erivajadustega lapsed (kui räägime normintellektiga lastest)?
- Kes otsustab, kas laps on erivajadustega või mitte?
- Kuidas toimub erivajadustega laste puhul koostöö perearsti ja teiste spetsialistide vahel?

#### Erivajadustega laste diagnoosid

- Millised lapsed ja miks vajavad pidevat meditsiinilist järelevalvet, mis VÕIB segada nende õppimist?
- Kui palju hinnanguliselt võiks selliseid lapsi Eestis olla, kes vajavad pidevat meditsiinilist järelevalvet?

#### Erivajadustega laste haridus

- Kas arstid saavad mõjutada, millisesse kooli tuleb erivajadustega laps saata (nt sanatoorsesse kooli vs. üldhariduskooli)?
- Kas lastevanemad on vastava teemal arstidega nõu pidanud?

#### Muud küsimused:

- Kuidas hindate erivajadustega laste praegusi õppimisvõimalusi Eestis?



## Lisa 1.2. Fookusgrupp: Keila-Joa SIK lastevanemad

### 1. Palun kirjeldage sanatoorsete koolide olulisust Teie kui lastevanema jaoks.

- Kuidas ja mis põhjusel Teie laps tuli sanatoorsesse kooli?
- Mis Teile sanatoorse kooli juures kõige enam meeldib?
- Kuidas hindate lapse rahulolu sanatoorses koolis õppimisel?
- Kas Teie lapse tervis (nii psüühiline kui ka füüsiline) on kuidagi muutunud pärast sanatoorsesse kooli õppima asumist?
- Mille poolest erinevad sanatoorsed koolid üldhariduskoolidest?
- Mis juhtuks, kui Teie laps peaks õppima üldhariduskoolis?
- Mis on sanatoorses koolis õppimise eelis?

### 2. Milline on Teie arvates praegu sanatoorsete koolide roll Eestis?

- Millised lapsed vajaksid Teie hinnangul sanatoorset kooli?
- Mis on Teie hinnangul sanatoorsete koolide tugevad küljed?
- Mis on teie hinnangul praegu sanatoorsete koolide puudusteks?
- Kas Teie arvates mõjutab praegune sanatoorkoolide maine kuidagi nende koolide õpilasi ja seal õppimist?

### 3. Kuidas hindate sanatoorse kooli personali olukorda hetkel?

- Millised teadmised ja oskused peaksid Teie arvates olema sanatoorse kooli õpetajal?
- Kas Teie arvates jätkub sanatoorsetes koolides personali (nii õpetajaid kui ka meditsiinitöötajaid)?

### 4. Mis peaks olema üldhariduskoolis või üldises koolikorralduses teisiti, et sanatoorsed koolid praegusel kujul võiks sulgeda?

- Kui Teie laps peaks õppima üldhariduskoolis, siis millised teadmised ja oskused peaksid olema seasel personalil?
- Kas üldhariduskool võiks Teie hinnangul tagada samade teenuste kättesaadavuse kui sanatoorne kool?
- Mis on teie arvates see, mis võimaldab luua pidevat meditsiinilist järelvalvet vajavale lapsele ideaalse õpikeskkonna?
- Mis on see, mis teeb koolist hea kooli?

## Lisa 1.3. Fookusgrupp: üldhariduskoolide õpetajad

### 1. Kas Teil on erivajadustega laste õpetamise kogemusi?

- Milliste erivajadustega need lapsed on olnud?
- Kui palju Teie teada õpib Teie koolis erivajadustega lapsi ja mis on nende peamised haigused?
- Kas Teile on jagatud teadmisi ja oskusi, kuidas käituda meditsiiniliste erivajadustega lapsega?
- Kas Teie arvates on õpetajatel piisavalt motivatsiooni ja teadmisi, et õpetada erivajadustega lapsi?

### 2. Millised võimalused on erivajadustega lastel üldhariduskoolides õppimiseks?

- Millised lapsed vajaksid erivajadustega lastele mõeldud koole?
- Millised on kolm kõige olulisemat muudatusvajadust teie koolis praegusega võrreldes, mis lubaksid erivajadustega lastel õppida üldhariduskoolis?

### 3. Kuidas Teie kooli keskkond soodustab erivajadustega laste õppimist?

- Kas koolis on olemas liikumiseks vajalikud tarvikud (kaldteed jne)?
- Kas õpetajatel on laste tervisliku seisundi kohta piisavalt teadmisi?
- Kas koolis on kohapeal pidevalt olemas meditsiinitöötaja?

### 4. Mis peaks olema üldhariduskoolis või üldises koolikorralduses teisiti, et sanatoorsed koolid praegusel kujul võiks sulgeda?

- Mis on Teie arvates praegu üldhariduskoolide tugevuseks erivajadustega laste õpetamisel?
- Millised on Teie arvates üldhariduskoolide kõige teravamad probleemid erivajadustega laste õpetamisel?
- Kui palju mängib rolli lapse/vanema koolivalikul kooli maine? Kas sanatoorsete koolide maine sunnib vanemaid oma lapsi tingimata üldhariduskooli panema? Kas mõnel üldhariduskoolil võib olla erivajadustega laste õpetamisega seoses n-ö hea maine, mistõttu lastevanemad panevad hea meelega lapsi just sinna?
- Kas erivajadustega laste üldhariduskoolis õppimist takistavad eeskätt nende erivajadustega seotud probleemid või on ka universaalseid probleeme?
- Mis on Teie hinnangul praegu peamiseks Eesti üldhariduskoolide puuduseks, mis takistab erivajadustega lastel seal õppida?

## Lisa 1.4. Mõttemommiku kokkuvõte

### I arutelublokk: sanatoorsete koolide roll praeguses ühiskonnas

Diskussiooniküsimused:

*Kas me vajame praegusel kujul sanatoorseid kooli?*

*Kuidas muuta sanatoorsed koolid atraktiivsemaks?*

#### Arutelu tulemused

- Sanatoorsed koolid on muutunud ebaatraktiivseks, sest koolid on hakanud kompenseerima mingit sotsiaalset häiret. Mõni pere võtab kogu koorma enda kanda ja ei pane last sanatoorsesse kooli. Nad teeksid seda vaid juhul, kui teaksid, milline on selle kooli personali väljaõpe ja võimalused koolis.
- Praegusel kujul ei ole üldhariduskoolid valmis tegelema meditsiiniliste erivajadustega lastega.
- Riik peaks tegema väga suuri investeeringuid, et kõik meditsiiniliste erivajadustega lapsed saaksid õppida üldhariduskoolis.
- Suurtes linnakoolides ei ole õpetajal võimalust lapsele individuaalselt läheneda. Õpetaja ülesanne on täita riiklikku õppekava ja individuaaltöök palju aega ei jää. Praegu ei saa üldhariduskoolidele panna selliseid ülesandeid, mida ühiskond võiks oodata. Lisaks on viimastel aastatel üldhariduskoolidesse tulnud väga palju käitumis- ja psüühikahäiretega lapsi, kellega õpetajad peavad ka toime tulema.
- Praegu on tendents, kus koolid muutuvad järjest enam sotsiaalasutuseks. Seega ei ole õpetajatel füüsiliselt ega psüühiliselt võimalik veel eraldi tegeleda meditsiiniliste erivajadustega õpilastega. Seega ei ole praegusel juhul üldhariduskoolid selleks veel valmis.
- Ühiskonnal on vaja sanatoorsete koolide kohta infot, mida seal tehakse ja kuidas tehakse.
- Oluline on välja selgitada, kui palju sanatoorsete koolide puudumine riigi tasandil meile maksma läheb? Kas me hakkame üldhariduskoolidesse integreerima paremat sotsiaalset süsteemi, investeerides sinna rohkem raha, või peame kaaluma vahepealset varianti, kus vastavalt lastevanemate ja arstide tahtele on võimalik tagada lastele järelravi.
- Peame tegema ühiskonna seisukohalt kõige kasulikumaid valikuid. Süsteemi peab vaatama tervikuna: kuidas käib tööjõu taastootmine ettevõtja seisukohalt (kas lastevanema näol või tulevase töötaja abil, kellel on probleemid tervisega, aga ta peab saama ka samal ajal haridust).
- Praegusel juhul on nõustamiskomisjoni funktsioon ebaselge. Kui nõustamiskomisjon koosneb headest spetsialistidest, teeb see arstide töö kergemaks. Lastevanematele on komisjonist kasu siis, kui see koosneb professionaalsest meeskonnast ja oskab ka protsessis sisulist nõu anda. Kui sisulist sõnumit ei suudeta anda, siis pole nõustamiskomisjonil mõtet. Nõutuks teeb praeguses situatsioonis ka see, et nõustamiskomisjonis ei ole ühtegi arsti.
- Lapse saatmine nõustamiskomisjoni on väga pikk protsess. Sellega kaasneb väga suur töö lastevanemate ja lapsega. Sellepärast otse arsti juurest sanatoorsesse kooli ei saaks saata, sest lastevanem peab ka aru saama, milles asi on.

- Uue PGS-i järgi nõustamiskomisjonil enam olulist rolli ei ole. Siin aga tekib küsimus, kas arstid on valmis võtma kogu vastutuse endale?
- Sanatoorses koolis on kahtlemata suur roll tervishoiutöötajatel. Tervishoiutöötajal on sanatoorses koolis raske, kui tal pole lapse tervisest täielikku ülevaadet. Seega on oluline edaspidi mõelda, kuidas jõuaks kõik oluline info kooli tervishoiutöötajani.

## **II arutelublokk: sanatoorsete koolide arendamise koostöö riigi tasandil**

Diskussiooniküsimused:

*Kelle vahel ja kuidas peaks koostöö riigi tasandil peamiselt toimuma?*

*Kuidas muuta koostööd riigi tasandil paremaks?*

Haridus- ja teadusministeeriumi seisukoht

- Ühiskonna väärtushinnangute muutustega tuleb ka koolil kaasa minna, mis nõuab senisest palju enam ümberkorraldusi õppekorralduses, -struktuuris jne. Teisalt on oluline seadusandlus, et rakendada saaks kaasavat haridust. Teatavasti toetab uus põhikooli ja gümnaasiumi seadus kaasava hariduse põhimõtet. Väga täpselt on sätestatud koolide jaoks, kuidas laste eripära võimalikult vara märgata, kuidas lapsi toetada, et tähelepanu alt ei jääks välja ükski laps. Et kaasava haridust rakendada, on HTM algatanud mitmeid programme Euroopa Sotsiaalfondi abil, sealhulgas ka õpinõustamiskeskuste loomise programm. Esimene nõustamiskeskus tekkis üle 10 aasta tagasi. Praeguseks on igasse maakonda loodud nõustamiskeskused, mis on veel kujunemas, loodame, et lisaks piirkondlikele tekib ka riiklik keskus. Samas on HTM algatanud ka mitmeid koolitusprogramme õpetajatele, kuidas kaasavat haridust koolis rakendada.
- Muutusi on ka tervishoiusüsteemis. Keskseks küsimuseks on, millise haigusega või haigusekombinatsiooniga laste puhul on vaja rakendada meditsiinilist järelvalvet ööpäev läbi. Haridusliku erivajaduse olemus ja käsitlus on muutumas. Iga haridusliku erivajadusega õpilane on eriline. Üha rohkem räägime kombineeritud diagnoosidest ning sageli on väga raske määratleda primaarset põhjust või diagnoosi. Viimastel aastatel on suurenenud tundeelu- ja käitumisprobleemidega õpilaste arv, mis on väga keeruline diagnoos. Nende laste arv on suurenenud nii üldhariduskoolides kui ka hariduslike erivajadustega laste riigikoolides, sealhulgas ka praegustes nn sanatoorsetes koolides, moodustades ligikaudu 50–70% nende koolide õpilastest ja samas tasub ka rõhutada, et kaks korda sama palju on vähenenud somaatiliste probleemidega laste arv nendes koolides.
- Veel üks oluline aspekt, mida koolivõrgu ümberkorraldamisel peame arvestama, on perede sotsiaalmajanduslik olukord. Sotsiaalsete toimetulekuraskustega perede laste jaoks loodi 10 aastat tagasi õpilaskodude võrk, kus on ette nähtud riiklikult rahastatavad kohad. On loodud süsteem, et kõikides maakondades oleks need riiklikult toetatavad õpilaskodukohad olemas. Kui selle süsteemi loomist algatati, siis asjatundjad pidasid väga oluliseks, et sotsiaalsetest raskustest tingitud õpiraskused ei tohiks olla segregeerimise eelduseks, st last ei tohiks suunata nende tõttu haridusliku erivajadusega laste kooli. Nende laste esmavajadus on normaalne õpi- ja elukeskkond ning

pedagoogiline ja psühholoogiline abi ja toetus. Väljakujunenud õpilaskoduvõrk ja riiklikult toetatavad kohad õpilaskodudes on üks põhjuseid, miks erikooliõpilaste arv on vähenenud. Samas tuleb ka tõdeda seda, et nii kerge intellektipuudega kui ka raskete somaatiliste haigustega laste riigikooli paigutamise üheks oluliseks põhjuseks on tänapäeval ikkagi pere toimetulematusest nii majanduslikus mõttes kui ka kasvatusküsimustes. Sellest lähtuvalt peaks keskenduma raskete somaatiliste haigustega lastele sanatoorsetes koolides. Kõigepealt oleks oluline fookuseerida sanatoorsete koolide sihtrühm ja sihtrühmast lähtuvalt kirjeldada hariduslikest erivajadustest, sotsiaalsetest vajadustest ja tervislikust seisundist tulenevat tugisüsteemi, mille riik peaks selliste laste jaoks looma.

- Tähelepanu tuleb pöörata ka sellele, kuidas sünnib adekvaatne otsus suunata erivajadusega laps üldhariduskooli, ja sellele, milline informatsioon peaks kooli jõudma, et koolis sellele lapsele parimad võimalused luua. Võib-olla on ka üldhariduskoolide probleem tihtipeale selles, et eriarstide meditsiinilised soovitusel ei jõua tegelikult õpetajani. Ei ole kirja pandud, mida laps tegelikult vajab ja millega peab üldhariduskool arvestama. HTM peab väga oluliseks, et sihtrühmade meditsiinilise vajaduste kirjeldamisel oleks juhtiv roll sotsiaalministeeriumil või tema haldusala tervishoiusüsteemi spetsialistidel. Kui osutub vajalikuks panna teatud raske somaatilise haigusega laps riigikooli, siis selles koolis peab olema tagatud meditsiiniline järelvalve ja arstiabisüsteem. Selle koha peal on jällegi juhtiv roll sotsiaalministeeriumil. HTMi eesmärk ei ole ei üht ega teist kooli sulgeda, vaid luua koolivõrgu arendustegevuse käigus haridusliku erivajadustega õpilastele parimad tingimused õppimiseks ja arenguks. See hõlmab nii head infrastruktuuri, last toetavat sotsiaalset tugisüsteemi kui ka tervist toetavat rehabilitatsioonisüsteemi. Need kolm asja peavad käima käsikäes lapse arengu toetamise ja tema erivajadustega arvestamise puhul.

#### Sotsiaalministeeriumi seisukoht

- Sanatoorsed koolid peaksid kujunema ühe teabekeskuse idee kandjaks ehk osaks. Nendes koolides on teadmine, mida pole üldhariduskoolides ja väga paljudel juhtudel ka kohalikul tasandil.
- Tööturg on tänaseni valus teema. Kui me suudaksime mõelda tulevikku silmas pidades, mida me nii hariduses kui ka lapsee hoolduses peaks pakkuma, siis see looks kindlasti eelduse, et ühiskond peaks tulevikus sellesse inimesse vähem panustama.

#### Teised osapooled

- Kool on küll haridusasutus, kuid tugifunktsioon peab ka olema.
- Koostöö peab hakkama riigi tasandil ministeeriumite vahel toimuma. Sotsiaalministeeriumi ja HTM-i vaheline koostöö peaks olema tuntavalt rohkem meditsiini toetav. Praegu on tugi olematu. Kui 100 lapse kohta on pool öekohta, see tähendab 2 tundi päevas õe tööd. Arsti pole üldse ette nähtud, aga nõustamiskomisjon saadab järjest raskemate diagnoosidega lapsi. Kas tõesti öde on kahe tunni jooksul võimeline tegelema meditsiinilise erivajadusega õpilasega, kui tal on järjekord ukse taga, kellel on igasugu pisivigu. Kes tegelikult peaks laste tervise eest vastutama? Kooliarst ei saa isegi retsepti kirjutada, sest selle alla on vaja lüüa pitsat, kes tema töö eest vastutab. Kooli pitsat ei loe, on vaja meditsiiniastutuse pitsatit. Samuti ei saa kooliarst ühtegi last uuringutele saata, sest see eeldab, et nende uuringute eest keegi maksab, aga koolil pole selleks vahendeid.

- Niikaua ei muutu midagi, kuni sihtrühm ise pole regulaarselt kaasatud. Teine võimalus on, et meditsiiniliste erivajadustega laste vanemad peaksid moodustama rühma, mis on võimeline laste huvide eest seisma.
- Õiguskantsleri märgukirjale on vastus tänaseni sotsiaalministeeriumi poolt saamata. Tähtis on sisuline pool, sest käesolevasse projekti proovisime kaasata sotsiaalministeeriumi kaks korda, aga see ei õnnestunud. Kooli meditsiin: kes selle eest vastutab, kes peab eeldused looma?

### III arutelublokk: missugused võiksid olla alternatiivid?

Diskussiooniküsimused

*Millised võimalused on meditsiinilise erivajadustega lastele haridust omandada? Kes vastutab? Kes maksab?*

*Mis on sanatoorsete koolide lisaväärtus võrreldes üldhariduskoolidega?*

- Tuleks mõelda ja hinnata, millised on kulud ja tulud. Kui palju maksab üldhariduskooli koht ja palju koht sanatoorses koolis. Kas ja kuidas on erivajadustega laste kooliteenus teistsugune? Kuidas seda rahastada, kas haigekassa hinnakirjast või kuidagi teisiti?
- Igasugune erivajadus nõuab suuremat ressursi. Ressursside koondamine ühte kohta on mõistlik. Riigikoolid, samuti KOV võiksid olla teabe- ja nõuandekeskused, kust lapsevanem saab oma teadmised. Kuni ei ole realselt ellu rakendunud kõik määrusega ette nähtud võimalused ja abinõud, ei tohiks kindlasti vana asja nurka panna, vaid edasi arendada.
- Sanatoorsete koolide puhul ei ole kulupõhine efektiivsuse hindamine kõige targem lähenemine. Peame leppima sellega, et meie ühiskonnas on liikmeid, kes nõuavad erilisemat tähelepanu ja suuremat panustamist. Sellest tulenevalt peaksime võtma vastutuse ja ka julguse tegema otsuseid nii riigi kui ka kohalikul tasandil. Kõigil lastel on õigus saada haridus, olenemata erivajadusest. Oluline on ka kõigile osapooltele korrektselt lahti seletada, mis on erivajadustega laste kool.
- Sanatoorseid koole on vaja. Aga see ei tähenda seda, et sanatoorsesse kooli peaks minema see, kellele sobiks nn Tootsi klass. Üldhariduskoolide juurde peaksid jääma eriklassid. Järjest rohkem tuleb juurde psüühiliste erivajadustega lapsi. Käitumishäiretega lapsed võiksid olla suure kooli juures väiksemates eriklassides. Sanatoorsed koolid peaksid jääma raskemate haigustega laste jaoks. Arstiabi peaks olema parem. Sanatoorses koolis ei pea õppima esimesest klassist viimaseeni, vaid see võiks olla ka ajutine õppimiskoht haigele lapsele.
- Sõnaühendis „sanatoorne internaatkool“ on praegu suurem rõhk internaadil, ent tuleks hoopis rõhutada sanatoorset poolt. Uus kaasava hariduse kontseptsioon: esmalt märgata erivajadusi, siis arutada selle üle, kas see on võimalik samas koolis lahendada. Võib-olla aitab probleemi lahendada töö kodudega.

Lisa 1.5. Nimekiri Praxise mõttehommikul osalejatest

REGISTREERIMISLEHT

Praxise mõttehommik 27. oktoobril Nordic Hotel Forumis



Jrk	NIMI	ORGANISATSIOON	ALLKIRI
1	Aaviksoo Ain	Praxis	
2	Annus Tiina	Haridus- ja Teadusministeerium	
3	Julge Kaja	Tartu Ülikooli Kliinikum	
4	Kangur Eimo	Lions Klubi	
5	Kaups Ene	Riigikogu	
6	Kippasto Moonika	Keila-Joa SIK	
7	Kivirand Tiina	Haridus- ja Teadusministeerium	
8	Kiviste Kärölin	Keila-Joa SIK	
9	Kleinberg Anne	Lastehaigla	
10	Koppel Agris	Praxis	
11	Küttis Kalle	Haridus- ja Teadusministeerium	
12	Mägi Jaanika	Lapsevanem	
13	Oidsalu Anti	Lions Klubi	
14	Paat-Ahi Gerli	Praxis	
15	Peegel Kristi	Eesti Laste ja Noorte diabeedühing	
16	Poopuu Tõnu	Sotsiaalministeerium	
17	Põldmaa Esti	Kesklinna Lastepoliiklinnik	
18	Rahuoja Tiiu	Haridus- ja Teadusministeerium	
19	Rebane Epp	Haridus- ja Teadusministeerium	
20	Reest Maire	Haridus- ja Teadusministeerium	
21	Rints Sirje	Keila-Joa SIK	
22	Roosimägi Meelis	Rapla Haigla	
23	Saar Tiina	Keila-Joa SIK	
24	Sohkin Priit	Ettevõtja	
25	Tagen Saara	Keila-Joa SIK	
26	Tomberg Ene	Tallinna Linnavalitsus	
27	Turk Pirjo	Praxis	
28	Vabamäe Inna	Sotsiaalministeerium	
29	Võrno Maila	Eesti Õpetajate Liit	
30	Õitoja Mait	Tallinna Konstantin Pätsi Vabaõhukool	
31	Õöbik Piia	Harju Maavalitsus	

32. Peeter Saar LC Tallinn Eesti I

## Lisa 1.6. Õigused, kohustused ja vastutus

Õpilastel on õigus

- kvaliteetsele üldharidusele;
- vaimse ja füüsilise turvalisuse ning tervise kaitsesele;
- kasutada kooli kodukorras sätestatud tingimustel vähemalt kooli õppekava läbimiseks vajalikke õpikuid, tööraamatuid, töövihikuid ja töölehti;
- teha kooli juhtkonnale ettepanekuid kooli tegevuse korraldamiseks;
- ea- ja jõukohasele õppekoormusele, mis võimaldab aega puhkuseks ja huvitegevuseks;
- täita õpiülesandeid ja osaleda temale kooli päevakavas või individuaalses õppekavas ettenähtud õppes;
- saada eeldatavate õpitulemuste saavutamisel ajutise mahajäämuse tekkimisel täiendavat pedagoogilist juhendamist väljaspool õppetunde;
- arenguvestlusele vähemalt üks kord õppeaasta jooksul, mille põhjal lepatakse kokku edasises õppes ja arengu eesmärkides;
- kasutada õppekavavälises tegevuses tasuta oma kooli rajatisi, ruume, raamatukogu, õppe-, spordi-, tehnilisi ja muid vahendeid kooli kodukorras sätestatud korras;
- pöörduda kooli hoolekogu poole õpetamist ja kasvatamist puudutavate vaidlusküsimuste korral;
- saada sõidu- ja muid soodustusi Vabariigi Valitsuse ja kooli pidaja kehtestatud korras ja ulatuses;
- saada vähemalt eripedagoogi, psühholoogi ja sotsiaalpedagoogi teenust;
- saada koolitervishoiuteenust;
- saada teavet ja selgitusi koolikorralduse ning õpilase õiguste ja kohustuste kohta;
- olla teavitatud hinnetest ja talle kohalduvast osast kooli päevakavas;
- valida ja olla valitud õpilasesindusse vastavalt õpilasesinduse põhimäärusele;
- saada õppeveerandi või kursuse algul teavitatud õppeveerandi või kursuse jooksul läbitavatest peamistest teemadest, vajalikest õppevahenditest, hindamise korraldusest ja planeeritavatest üritustest;
- olla ära kuulatud enne tugi- või mõjutusmeetme määramist ning anda aramus mõjutusmeetme rakendamise kohta;
- saada tasuta õpilaspilet.

Õpilaste kohustused:

- osaleda aktiivselt õppetöös ning täita õpiülesandeid;



- omandada teadmisi ja oskusi vastavalt võimetele;
- täita õpetaja antud seaduslikke korraldusi ja ülesandeid;
- täita kooli kodukorda;
- kinni pidada väärika käitumise tavadest ja kaasinimestega lugupidavalt käituda;
- hoida kooli kasutuses olevat vara.

Vanemate õigused:

- olla kaasatud õpilase individuaalse õppekava koostamisel;
- esitada taotlus õpilase õpetamiseks koduõppes;
- esitada taotlus õpilase pikapäevarühma vastu võtmiseks;
- saada teavet õpilase õppes puudumiste kohta vähemalt üks kord õppeveerandi jooksul;
- saada teavet ja selgitusi koolikorralduse ning õpilase õiguste ja kohustuste kohta;
- omada juurdepääsu kooli valduses olevale teabele õpilase kohta;
- olla teavitatud õpilasele kohalduvast osast kooli päevakavas ning õppeveerandi või kursuse jooksul läbitavatest peamistest teemadest, vajalikest õppevahenditest, hindamise korraldusest ja planeeritavatest üritustest;
- olla teavitatud õpilase hinnetest;
- vähemalt üks kord aastas osaleda vanemate koosolekul;
- anda arvamus ajutise õppes osalemise keelu rakendamise korral õpilase käitumise ja mõjutusmeetme rakendamise kohta;
- esitada taotlus õpilasele tasuta õpilaspileti saamiseks;
- kandideerida vanemate esindajana kooli hoolekogusse;
- pöörduda kooli hoolekogu poole õpetamist ja kasvatamist puudutavate vaidlusküsimuste korral.

Vanemate kohustused:

- arvestada hariduse andmise asjades ennekõike õpilase võimeid ja kalduvusi ning vajadusel küsida nõu õpetajalt või muult asjatundlikult isikult;
- luua koolikohustuslikule õpilasele kodus õppimist soodustavad tingimused ja õppes osalemise eeldused;
- esitada koolile oma kontaktandmed ja teavitada nende muutustest;
- tutvuda koolielu reguleerivate aktidega;
- teha õpilase õpetamisel ja kasvatamisel kooliga koostööd;
- pöörduda kooli ettepanekul nõustamiskomisjoni poole;

- taotleda vajaduse korral koolilt ja õpilase elukohajärgselt valla- või linnavalitsuselt õigusaktides sätestatud koolikohustuse täitmise tagamise meetmete rakendamist;
- osaleda õpilase arenguvestlusel;
- koduõppe rakendamise korral rahastada väljaspool kooli toimuva õppe osa;
- teatada hiljemalt õppes puudumise esimesel õppepäeval kooli õpilase õppes puudumisest ja selle põhjustest; hiljemalt ülejäämisel õppepäeval pärast õpilase õppetööle naasmist esitada puudumistõend puudumise kestuse ning põhjuse kohta;
- tagada õpilase järelevalve ning õppe korraldamise individuaalse õppekava alusel ajutise õppes osalemise keelu korral.

Vanemate vastutus:

- Vanem vastutab koolikohustuse täitmise tagamata jätmise eest põhikooli- ja gümnaasiumiseaduses sätestatud korras.

Koolitöötajate õigused, kohustused ja vastutus määratakse kindlaks kooli põhimääruse, tööandja kehtestatud töökorralduse reeglite, ametijuhendi ja töölepinguga.

### Lisa 1.7. Koolitervishoiuteenuste tegevused

Koolitervishoiuteenuse hulka kuuluvad järgmised õpilasele suunatud individuaalsed tegevused:

- uute õpilaste terviseseisundi ja toimetuleku hindamine;
- ennetav tervisekontroll õpilasele, mis hõlmab õendusanamneesi kogumist, terviseseisundi hindamist, sh pikkuse ja kaalu mõõtmist, kehamassiindeksi määramist, nägemisteravuse kontrolli, vererõhu mõõtmist, rühi kontrolli, naha ja limaskestade seisundi hindamist, luu- ja lihaskonna seisundi hindamist, sugulise arengu hindamist, vaimse tervise hindamist;
- alaealise õpilase vanema või seadusliku esindaja kirjalik teavitamine tervisekontrolli käigus tuvastatud kõrvalekalletest ja nõustamine ning vajadusest läbida perearsti ennetav tervisekontroll ja hambahaigusi ennetav arstlik kontroll;
- vajadusel õpilase tervise hindamine, vältimatu ja vajaliku abi andmine, õpilase suunamine perearsti või eriarsti konsultatsioonile või kiirabi kutsumine ning lapsevanema teavitamine sellest;
- koostöö kooli pidaja, lapsevanema ja üldarstiabi osutajaga õpilasele, sh õpilaskodus elavale õpilasele üldarstiabi korraldamisel;
- immuniseerimine riikliku immuniseerimiskava alusel;
- õpilase individuaalne nõustamine tervise, tervisekäitumise ja vajadusel rehabilitatsiooniplaaniga<sup>5</sup> seotud küsimustes;
- vajadusel ja õpilase või alaealise õpilase lapsevanema nõusolekul pikaajalise tervisehäirega ja puudega või muu tervise seisundist tuleneva haridusliku erivajadusega õpilase nõustamine enesejälgimise ja arsti poolt määratud raviplaani täitmise tagamiseks;
- vajadusel õpilase tervisega seotud individuaalse rehabilitatsiooniplaani täitmise jälgimine.

Koolitervishoiuteenuse hulka kuuluvad järgmised õpikeskkonna ja õpilase tervise edendamisele suunatud tegevused:

- nakkuskahtluse korral nakkuse leviku tõkestamise meetmete rakendamine ja nakkushaigega või nakkushaiguse kahtlusega isikuga kokkupuutunud isikute väljaselgitamine ning eeltoodust õpilase, lapsevanema, õpilase perearsti ja kooli direktori ning vajadusel Terviseameti informeerimine;
- vajaduse korral ja õpilase või alaealise õpilase lapsevanema nõusolekul pedagoogide ja teiste kooli ning õpilaskodu töötajate nõustamine haridusliku erivajadusega õpilase terviseseisundist tulenevate asjaolude arvestamiseks õpikeskkonna ja õppetöö korraldamisel, õpilase rehabilitatsiooniplaani või arsti poolt määratud raviplaani täitmiseks;
- koostöö õpilase, lapsevanema, kooli pidaja, teiste tervishoiutöötajate ja kooli personaliga õpilaste tervisehäirete ennetamiseks ja vähendamiseks;
- õpilaste toitlustamist edendavate ettepanekute tegemine kooli direktorile ning õpilaste toitlustamise alane nõustamine haiguspuhuste eridieetide küsimustes;

<sup>5</sup> Rehabilitatsiooniplaan on isiku enda või tema seadusliku esindaja aktiivsel osalemisel koostatud kirjalik dokument. Selles antakse hinnang isiku tegevusvõimele, kõrvalabi, juhendamise või järelevalve vajadusele. Samuti tuuakse ära isiku iseseisvaks toimetulekuks ja sotsiaalseks kaasatuseks vajalikud tegevused.

- esmaabi praktilise õpetuse korraldamine õpilastele;
- tõendus põhise tervisealase teabematerjali levitamise;
- kord õppeaastas kogutud terviseinfo analüüs ning vajadusel terviseküsimustes ettepanekute kirjalikult edastamine kooli direktorile ja kooli hoolekogule kooli arengukava väljatöötamiseks.

POLIITIKAUURINGUTE KESKUS



**MEDITSIINILISTE ERIVAJADUSTEGA LASTE  
ÜLDHARIDUSE KORRALDUSE ANALÜÜS**

**LISA 2**

**KEILA-JOA SIK ANALÜÜS**

**Poliitikauuringute Keskus PRAXIS**

Tallinn  
Juuni 2011

## Sisukord

1. Sissejuhatus .....	3
2. Metoodika .....	4
3. Olukorra kirjeldus.....	6
3.1. Keila-Joa kooli funktsioonid .....	6
3.2. Keila-Joa kooli sihtgrupp.....	7
4. Nõudlus Keila-Joa kooli teenuste järele .....	9
4.1.1. Segmendid.....	11
5. Teabeskuse funktsioon .....	13
5.1. Teabeskust mõjutavad aspektid .....	14
5.2. Teabeskuse mõju .....	17
6. Kooli eneseanalüüs .....	19
<b>TUGEVUSED</b> .....	21
<b>NÕRKUSED</b> .....	21
<b>VÕIMALUSED</b> .....	22
<b>RISKID</b> .....	22
7. Kulud ja investeeringud.....	22
8. Kokkuvõte ja järeldused .....	25

## 1. Sissejuhatus

Selle meditsiiniliste erivajadustega laste koolide analüüsi lisa eesmärk on analüüsida Keila-Joa Sanatoorse Internaatkooli praegust olukorda ja selgitada välja selle kooli võimalused pakkuda optimaalset lahendust kindla piirkonna erivajadustega laste üldhariduse omandamiseks, arvestades Eestit tervikuna. Sealhulgas on arvestatud sisulise tegevuse ja majandamiskulude üldiste kvantitatiivsete prognoosidega.

Meditsiiniliste erivajadustega laste koolide analüüsist selgus, et Eesti kontekstis võib rääkida kolmest erinevast hariduskorraldusvõimalusest. Üheks võimaluseks oleks **kaasava hariduse üleüldine rakendamine**. Selle tugevus on eelkõige kooli asumine kodu lähedal ning see, et laps jääb elama pere keskele, nõrkuseks aga vajadus hulga täiendavate tingimuste, sealjuures tugiteenuste ja lisapersonali järele. Selle võimaluse rakendamiseks lähiaastatel puuduvad ressursid ning see nõuaks tervishoiusüsteemi olulist ümberkohandamist. Teine võimalus oleks **luua valitud koolidesse Eestis erivajadustega õpilaste klasse**. Eriklasside loomise tugevuseks on taas lapse võimalus õppida kodu lähedal koolis, nõrkuseks aga küsitav majanduslik efektiivsus ja teostatavus, võrreldes kaasava hariduse üleüldise rakendamisega. Kolmandaks võimaluseks on sarnaselt paljude Kesk-Euroopa riikidega välja arendada tugevad ja professionaalsed **teabekeskused**. Teabekeskuse loomise peamiseks nõrkuseks oleks see, et osa lastest viiakse eemale oma kodust/elukohast, tugevuseks aga see, et saab toetuda olemasolevale süsteemile, loomine ei eelda tervishoiusüsteemi väga suurt ümberkorraldamist ning paindliku teenusepakkujana sobiks see õpilasele ka lühemaks perioodiks. Täiendavalt võimaldaksid koolituskeskused koondada ja arendada kogu Eesti üldhariduskoolide personali ja lastevanemate pädevust ning toetaksid kaasava hariduse põhimõtete sujuvat rakendamist.

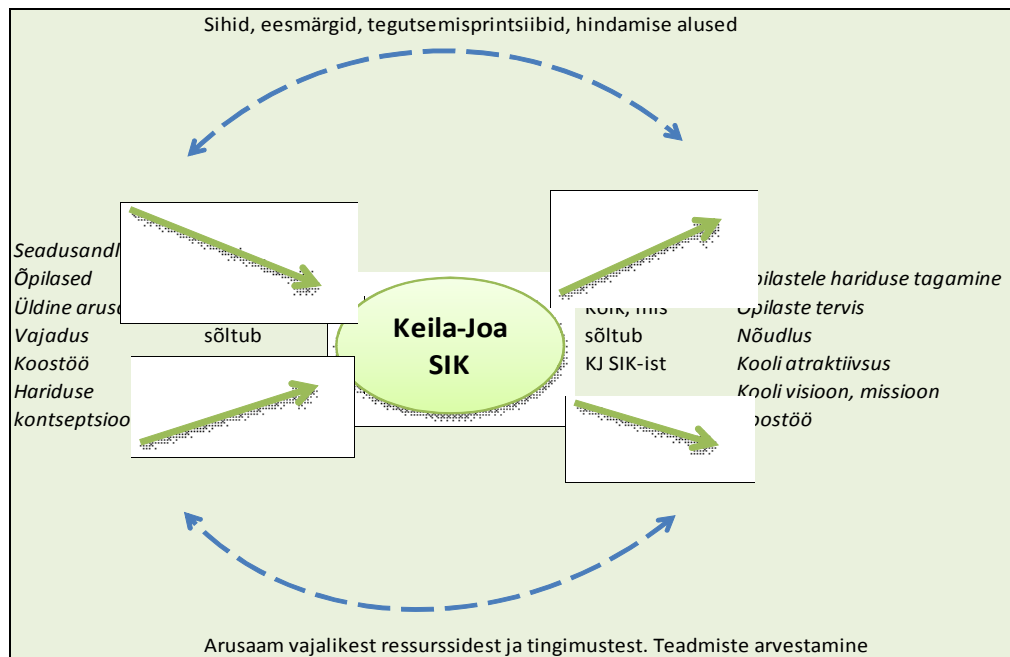
Keila-Joa sanatoorse kooli puhul saab rääkida kõige enam kooli arendamisest **teabekeskuseks**, kaasava hariduse üleüldine rakendamine ning eriklasside loomine ei ole oluline, sest selles koolis õpivad ainult erivajadustega lapsed. Samas saaks kool teabekeskusena olla kahele eelkäsitletud võimalusele toeks.

Teabekeskuste loomine toetab olemasoleva 40 aasta **kogemuse kasutamist** ja kohanemist uute arusaamade ja võimalustega. Teabekeskustesse **koondaksid parimad oskused ja pädevused**, mida saaks ka edukalt jagada. Keskused oleksid paindliku teenusepakkujana lühema perioodi, nt 2–3 kuu jooksul lastele toeks (nt diabeetik, kellel avastatakse haigus, vajab insuliinimanustamise rutiini omandamiseks aega). Samuti võimaldaks keskus tugevat **kompetentsust koondada ja arendada** ning olla ka üldhariduskoolide personali ja lastevanemate koolituskeskuseks. See eeldab kindlasti investeringuid ning pikaajalise stabiilsuse jaoks on oluline keskvalitsuse (eeskätt haridus- ja teadusministeeriumi ning sotsiaalministeeriumi) ja kohaliku omavalitsuse kohustuste täpne määratlemine. Teabekeskuse loomine võimaldab meditsiinilist teenindamist mõne haigla baasil koostöös kindla tervisekeskusega, mis ei eelda tervishoiusüsteemi suurt ümberkorraldamist kogu Eestis. Põhielukohas piisab perearstide regulaarsest informeerimisest ja ravi koordineerimisest sanatoorse kooliga.

## 2. Metoodika

Käesolevalt on toodud ülevaade sellest, kuidas on analüüsitud Keila-Joa kooli olukorda. Vaadatud on aspekte, millest Keila-Joa kool ja selle tegevus sõltuvad, ning ka seda, mis sõltub Keila-Joa koolist. Järgnevalt on toodud analüüsi kirjeldus graafiliselt.

Joonis 1. Analüüsi kirjeldus graafiliselt



Keskseks uurimisprobleemiks on potentsiaalsete õpilaste hulk, kes võiksid ühel või teisel põhjusel Keila-Joa kooli teenuseid vajada: lapsed, kellel esinevad teatud haigused. Oluline on just see, et tegu on pikaajalist kroonilist haigust põdevate lastega, kes vajavad **pidevat spetsialisti järelevalvet**. Nende haiguste esinemise hindamine on teatud mõttes raskendatud, kuna andmete kättesaadavus haiguse spetsiifika kohta on piiratud. Täpseima hinnangu oleks saanud, kasutades Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste kasutamise statistikat või ulatusliku epidemioloogilise levimusuuringu kaudu. Käesoleva töö jaoks **ei olnud võimalik haigekassast saada** väljavõtet samade diagnooside esinemise sagedusjaotuse kohta indiviidi tasandil, kuna populatsioonipõhine päring diagnooside tasemel isikute konsultatsioonide sageduse lõikes on äärmiselt mahukas. Teisisõnu polnud võimalik käesoleva projekti raames analüüsida haiguste levimust<sup>1</sup>. Seesugune andmete puudulik kättesaadavus on ka varem takistanud probleemi analüüsimist.

Seetõttu on valitud kaudne tee, andmaks usaldusväärset hinnangut sellele, kui palju on lapsi, kelle jaoks võib olla oluline meditsiinilise teenuse toetus eakohase hariduse omandamiseks. Kasutatakse rahvusvaheliselt tunnustatud nn triangulatsiooni meetodikat, mitmeid kättesaadavaid andmestikke ning eksperthinnanguid.

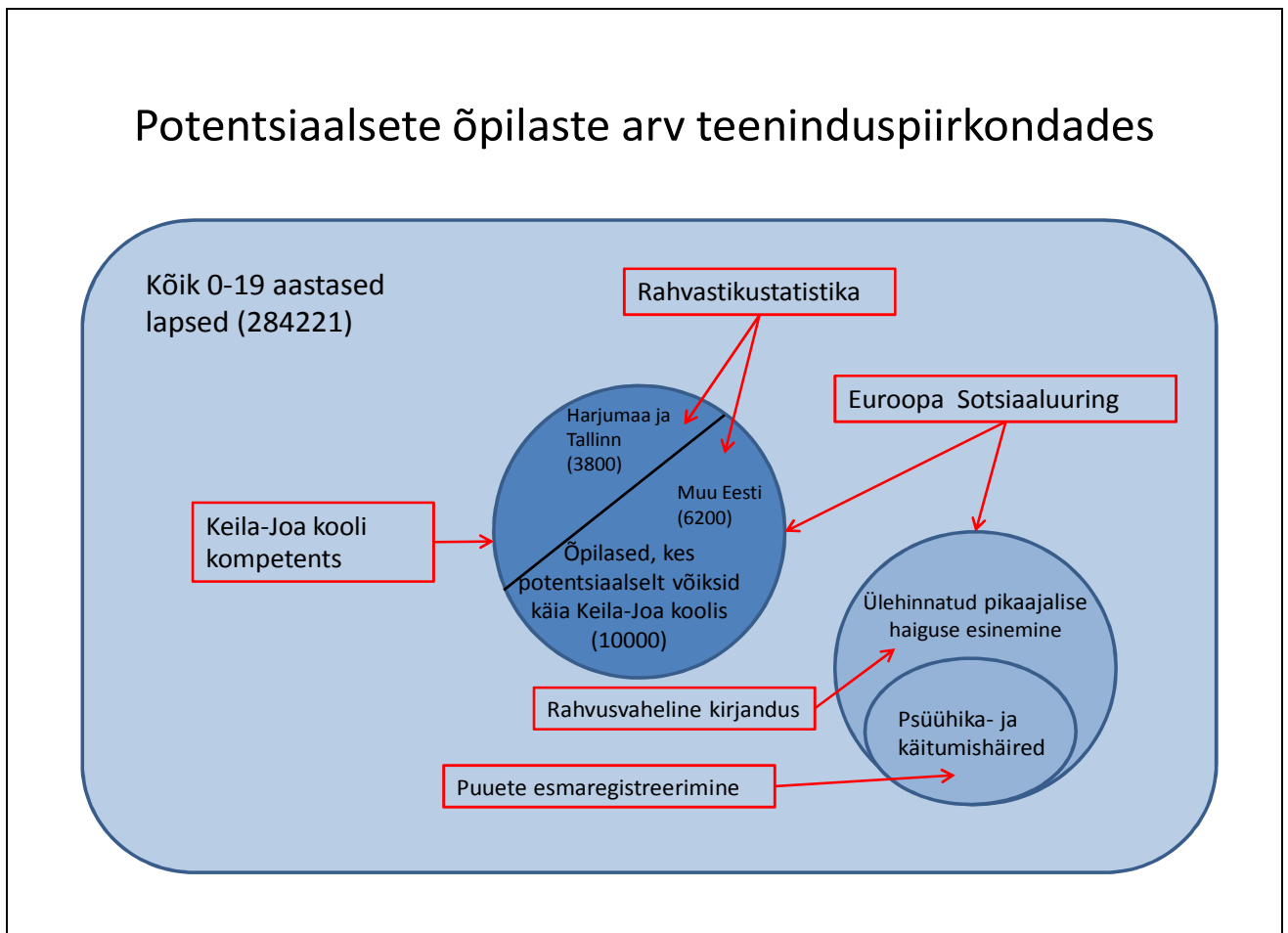
<sup>1</sup> Haiguste levimus - haiguse leviku (haigusjuhtumite arvu) ja kogu elanikkonna arvu suhe



## LISA 2: Keila-Joa kooli analüüs

Täpsemalt kasutatakse analüüsiks pikaajalist kroonilist haigust põdevate laste osakaalu elanikkonnas (vt joonis 2). Andmed elanikkonna suuruse ning vanuselise ja piirkondliku jagunemise kohta pärinevad Statistikaameti rahvastikustatistikast; pikaajalise haiguse esinemise osakaalu kohta Euroopa sotsiaaluuringust. Seda hinnangut täpsustatakse rahvusvahelise kogemuse ning puuete esmaregistreerimise statistikaga, mis pärineb Sotsiaalkindlustusametist. Keila-Joa kooli õpilaste statistika ning kooli pädevuse põhjal analüüsitakse selle hinnangu sobivust ning täiendavalt on eristatud õpilaste segmendid ja kooli teeninduspiirkonnad.

Joonis 2. Pikaajalise haiguse esinemise leidmise meetodika.



### 3. Olukorra kirjeldus

Käesolevas peatükis on kirjeldatud Keila-Joa kooli funktsioone ning sihtgruppi. Keila-Joa SIK on gümnaasium, mis on mõeldud normintellektiga meditsiiniliste erivajadustega lastele. Kooli sihtrühmaks on peamiselt Põhja-Eestis asuvad meditsiiniliste erivajadustega lapsed.

#### 3.1. Keila-Joa kooli funktsioonid

Keila-Joa Sanatoorne Internaatkool on Harjumaal (ja üldse Eestis) **ainuke gümnaasiumiharidust pakkuv kool meditsiiniliste erivajadustega õpilastele**. Koolis pakutakse meditsiini-, haridus- ja tugiteenuseid. Kõigi vajalike teenuste osutamiseks on oluline kompetentse personali olemasolu.

2011. a õpivad koolis paljude Eesti maakondade erivajadustega õpilased: tervisehäiretega, õpiraskustega, pikemalt õppetööst eemal viibinud õpilased ning õpilased, kellel puudub kodupoolne tugi ja järelevalve. Õpilaste arv koolis on õppeaasta jooksul üpris muutlik. Osa õpilasi lahkub kodukooli, osa õpilasi tuleb juurde nii õppeaasta algul kui ka õppeaasta keskel.

Seoses sanatoorsete koolidega on esile kerkinud palju probleeme. Näiteks ei kajasta EHIS (Eesti Hariduse Infosüsteem) sanatoorsete koolide õpilaste meditsiiniinfot tõeselt, mistõttu puudub ka pidevalt meditsiinilist abi vajavate laste kohta adekvaatne info ning tekkinud on küsimus, kuidas saab haigekassa praeguste seaduste puhul erivajadustega laste jaoks raha eraldada.

Sanatoorsetes koolides õpivad lapsed, kellel on meditsiiniline erivajadus. See tähendab muuhulgas ka seda, et neile on tagatud ravi ja järelevalve. Paraku võib sellega sanatoorsete koolide meditsiinipersonalil probleeme tekkida, kuna sanatoorsete koolide õpilaste **meditsiiniline info ei jõua kooli meditsiinipersonalini**. Kuigi kui kooli meditsiinipersonal osutab lapsele nõuetekohast tervishoiuteenust, siis kehtiva seadusandluse kohaselt peab patsient (või tema seaduslik esindaja) tervishoiuteenuse osutajale avaldama oma parima arusaama järgi kõik tervishoiuteenuse osutamiseks vajalikud asjaolud ja osutama kaasabi, mida tervishoiuteenuse osutaja lepingu täitmiseks vajab. Kahjuks see ei toimi ning info õpilase seisundi kohta võib kooli personalil teadmata jääda.

2008. a aprillis tegi õiguskantsler kontrollkäigu Keila-Joa sanatoorsesse internaatkooli ja leidis, et praeguse seadusandluse kohaselt ei saa sealsetele õpilastele **tagada vajalikku ravi**. Samas peaks õpilane õigusaktide kohaselt („Erivajadustega õpilaste nõustamiskomisjoni suunamise tingimused ja kord“ (RTL 1999, 110, 1409), „Erilasteaeda (erirühma), sanatoorsesse kooli, erivajadustega õpilaste erikooli (eriklassi) vastuvõtmise ning väljaarvamise alused ja kord“ (RTL 1999, 98, 1195) saama sanatoorses koolis aktiivset ning oma tervislikule seisundile vastavat ravi. Praegu tegeleb sanatoorne kool vaid ennetustööga ning last ravivad erialaarstid. Samuti võib õpilase sanatoorsest koolist välja arvata, kui ta eriarsti otsuse kohaselt enam ravi ei vaja. Õiguskantsleri kontrolli käigus aga selgus, et sanatoorses koolis õpilased ravi ei saa, kuna kool ei ole tervishoiuteenuseid osutav asutus ning muude tervishoiuteenusteks

mittekvalifitseeruvate abistavate protseduuride osutamise võimalused on väga piiratud. Vajadusel tagatakse õpilastel võimalus minna eriarstide või perearsti vastuvõtule, kuid samas puudub kooliarstil ligipääs õpilaste terviseandmetele, mistõttu ei ole õpilase tervislik seisund alati koolile täielikult teada. Selle info puudumise tõttu on kooli võimalused õpilasi nende terviseprobleemide puhul aidata veelgi enam piiratud (Teder, 2008).

Käesoleva uuringu raames toimus Praxise mõttemommik, kus osalejad püüdsid jõuda ühise arusaamani sanatoorsete koolide kohta. Mõttemommikul tehti ühiselt järgmised järeldused:

- **Kõik meditsiiniliste erivajadustega lapsed ei saa** tänapäeva üldhariduskoolides parimat võimalikku haridust, kuna nad vajaksid ilmselt eritingimusi (näiteks sanatoorset kooli). Samas oleks oluline defineerida, kes õieti on meditsiiniliste erivajadustega laps, välja selgitada, kui palju neid lapsi on, ning defineerida ka sanatoorse kooli mõiste.
- Sanatoorsesse kooli suunavad lapsi nõustamiskomisjonid, mille funktsioon on ebaselge, eelkõige seetõttu, et komisjoni koosseisust puudub arst ning otsustusprotsess on pikk ja kohmakas. Seega oleks oluline vaadata üle ka **nõustamiskomisjoni funktsioon ja tegevus**.
- Sanatoorsete koolide tegevuse ja sisu kohta on nii ühiskonnal kui ka üldhariduskoolide õpetajatel ja lapsevanematel **liiga vähe infot**. Samuti levib sanatoorsete koolide kohta väärarusaamasid (nt „lollidekool“, „pätikool“ jne). See on üks põhjuseid, miks vanemad ei soovi lapsi sinna panna.
- Üldhariduskoolid ei ole praegu veel valmis meditsiiniliste erivajadustega lapsi õpetama. Eelkõige puuduvad selleks praegusel hetkel vajalikud ressursid (nii raha kui ka personal). Samuti ei ole koolides piisavalt meditsiinipersonali. Segadust tekitab ka koolitervishoiu seadus. Tuleks täpselt defineerida, mis on koolitervishoid (sõrme sidumine *versus* raviskeemi jälgimine).
- Praegu Eestis olevad sanatoorsetel koolidel on potentsiaali arendada teabekeskusteks, kuna neil on olemas teadmised nii õpetamise, hoolduse kui ka meditsiinilise jälgimise kohta.

### 3.2. Keila-Joa kooli sihtgrupp

2010. aastal õppis Keila-Joa koolis 97 õpilast, peamiselt Harjumaalt ja Tallinnast, mis on ka mõistetav, kuna kaugemalt on transport kulukam (vt tabel 1). Siiski on arvestatav osa õpilastest pärit kaugemalt, mis viitab sellele, et Keila-Joa kooli potentsiaalne teeninduspiirkond on suhteliselt lai ning nõudlus on üleriigiline. Viimane kehtib just internaatkooli segmendi kohta, kuna igapäevane transport Eesti kaugematest piirkondadest ei ole enamiku õpilaste puhul mõeldav. Edasise analüüsi tarbeks arvestatakse, et internaatkooli teeninduspiirkonnaks võib olla terve Eesti ning päevase õppe teeninduspiirkonnaks Harjumaa ja Tallinn. 2010/2011. õppeaastal elas ligi 74% õpilastest õpilaskodus ning nende õpilaste osakaal on aastatel 2007–2011 järjepidevalt kasvanud.

## LISA 2: Keila-Joa kooli analüüs

Tabel 1. Keila-Joa kooli õpilased elukoha järgi 2010. aastal

Elukoht	Õpilaste arv
Harjumaa ja Tallinn	81
Järvamaa	1
Läänemaa	2
Lääne-Virumaa	2
Põlvamaa	1
Pärnumaa	1
Raplamaa	3
Tartumaa	3
Valgamaa	1
Viljandimaa	1

Allikas: Keila-Joa SIK

Keila-Joa koolis õpivad paljude erisuguste diagnoosidega lapsed (vt joonis 5). Seega ei ole kool praegu suunatud mõnele kindlale haigusgrupile (nagu oli kooli loomise ajal), vaid on mõeldud kõigi somaatiliste haigustega õpilastele. Lähemalt on kirjeldatud koolis õppivaid laps käesoleva raporti peatükis 5.2.

#### 4. Nõudlus Keila-Joa kooli teenuste järele

Keila-Joa koolil eksisteerib kolm võimalikku põhilist teenusekasutajate **segmenti**. Segmentidesse jagunevad õpilased selle järgi, **kui intensiivselt** nad teenuseid kasutaksid (kui tihti ja kas pidev kohalolu oleks vajalik). Seejuures on vähem oluline teenuse sisu (millist ravi või hooldusteenust saadakse), kuna teabekeskuse mudel peaks võimaldama kohanemist erisuguste vajadustega. Segmentid on alljärgnevad:

- internaatkooli segment - õpilased, kes võiksid kasutada Keila-Joa kooli internaatkoolina (kasutavad õpilaskodu teenust)
- päevase õppe segment - õpilased, kes võiksid kasutada Keila-Joa kooli tavakoolina (kuuluvad õpilaste nimekirja, aga ei ela õpilaskodus)
- teabekeskuse segment - õpilased, kes kasutaksid Keila-Joa kooli teabekeskusena (konsultatsioonid vanematele, teistele koolidele jne)

Keila-Joa kooli sihtgrupp on Eestis elavad kooliealised lapsed. 2010. aasta 1. jaanuaril elas Eestis Statistikaameti andmetel 284 221 0–19-aastast ja 181 010 7–19-aastast last<sup>2</sup>. Joonisel 9 on esitatud Statistikaameti rahvastiku aastakeskmiste järgmiseks 40 aasta prognoos eri vanuserühmades ja piirkondades (terve Eesti ja Põhja-Eesti<sup>3</sup>). Nähtub, et kooliealiste laste arv on järgmise 20 aasta jooksul suhteliselt stabiilne nii terves Eestis kui ka Põhja-Eestis. Mõnevõrra on laste arvu langust oodata aastatel 2030–2050. **Seega ei ole pikas perspektiivis Keila-Joa kooli sihtgrupi olulist vähenemist oodata.**

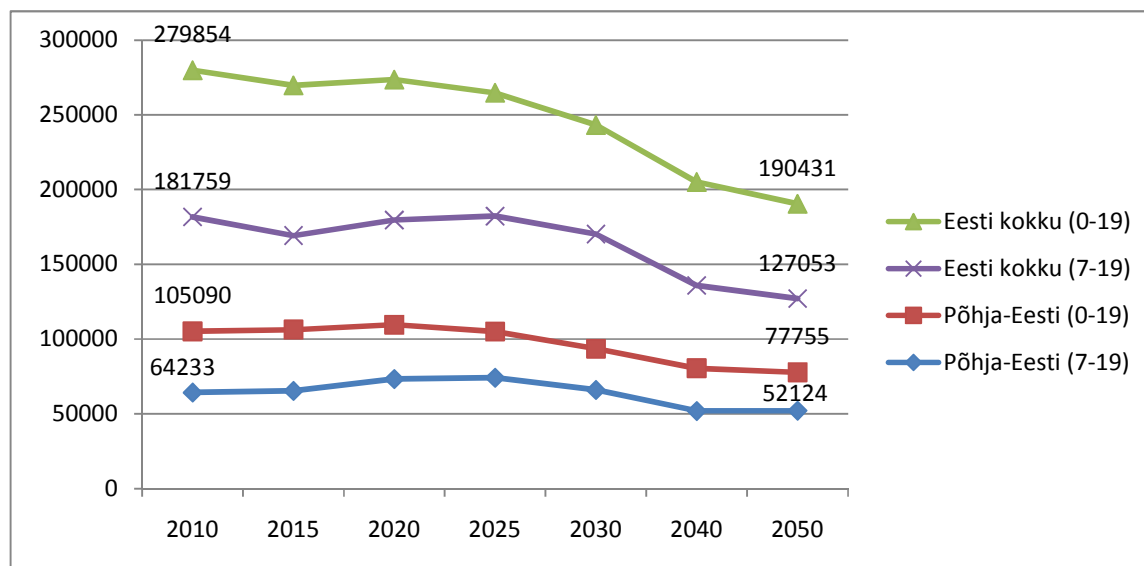
---

<sup>2</sup> Vanuserühm 7–19 on autorite poolt konstrueeritud selliselt, et vanuserühmast „5–9-aastased“ on 3/5 liidetud vanuserühmadele „10–14-aastased“ ja „15–19-aastased“.

<sup>3</sup> Põhja-Eesti on defineeritud kui Harjumaa ja Tallinn.

## LISA 2: Keila-Joa kooli analüüs

Joonis 3. 0–19-aastaste laste arvu prognoos (aasta keskmised)



Allikas: Statistikaamet, autorite arvutused

Käesoleva raporti põhiosas on lk 14–18 toodud hinnang pikaajalist kroonilist somaatilist haigust põdevate laste arvule mainitud vanuserühmas (3,2% ehk 5800 last). Võrdluseks sellele hinnangule on alljärgnevalt välja toodud peamised puuete registreerimise näitajad noorte vanuserühmades (vt tabel 2). Täpset hinnangut kooliealiste kohta Sotsiaalkindlustusameti andmed ei võimalda, kuid aastatel 2009–2010 registreeris kummalgi aastal oma puude esmakordselt ligikaudu 1000–1500 kooliealist last. Täiendavalt oli kummalgi aastal ligikaudu 2000 korduvat puuderegistreerimist. Arvestades seda, et tüüpiline puue kestab noorel 2–3 aastat, jääb registreeritud puudega laste arv Eestis suurusjärku 10 000, mis on võrreldav pikaajalist kroonilist haigust põdevate laste arvu hinnanguga (5800).

Tabel 2. Puuete registreerimine noorte seas

Vanuserühm	2009	2010	Keskmine osakaal kõigist ekspertiisidest
Esmakordne puue kokku	16 569	20 544	
sh 0–15-aastased	1392	1845	8,7%
sh 16–24-aastased	687	903	4,3%
sh 0–24-aastased	2079	2748	<b>13%</b>
Korduv puue kokku	32 533	30 983	
sh 0–15-aastased	2071	2265	6,8%
sh 16–24-aastased	2191	1710	6,1%
sh 0–24-aastased	4262	3975	<b>13%</b>

Allikas: Sotsiaalkindlustusamet, autorite arvutused

Puuded jagunevad raskusastme järgi kolmeks:

- **keskmine puue:** isik vajab regulaarselt kõrvalabi või juhendamist väljaspool oma elukohta vähemalt korra nädalas;
- **raske puue:** isik vajab kõrvalabi, juhendamist või järelevalvet iga ööpäev;
- **sügav puue:** isik vajab pidevat kõrvalabi, juhendamist või järelevalvet kogu ööpäeva.

Keskmiselt omavad sügavat puuet 10%, rasket puuet 48% ning keskmist puuet 42% registreeritud puudega inimestest. Need suhtarvud on üle aja võrdlemisi stabiilsed (standardhälve alla 3%). See lubab teha teatud järeldusi puuete raskusastme struktuuri kohta. See on oluline, kuna pikaajaliste krooniliste haiguste raskusastmelise jaotuse kohta infot ei ole. Eeldame, et puuete raskusastmeline struktuur esindab pikaajaliste krooniliste haiguste raskusastmelist struktuuri.

#### 4.1.1. Segmendid

Eelnevale tuginedes on antud hinnang Keila-Joa kooli potentsiaalsete õpilaste hulgale nimetatud kolmes põhisegmendis (vt tabel 3). **Teabekeskuse segmenti** teeninduspiirkonnaks on terve Eesti. Samuti on võimalik nõustada kõigi haiguse raskusastmega lapsi. Seega potentsiaalseks segmenti suuruseks on 5800.

**Päevase õppe segmenti** puhul on teeninduspiirkond kitsam, piirdudes Harjumaa ja Tallinnaga. Segmenti kuuluvad lapsed (keda on 2100), kes vajavad vähemalt igapäevast kõrvalist meditsiinilist abi ehk raske ja sügava haiguse raskusastmega lapsed. Vastavalt eeltoodud hinnangule on neid ligi 50% pikaajalist haigust põdevatest lastest (1050).

**Internaatkooli segment** teenindab peamiselt Harjumaa ja Tallinna õpilasi, kuid ei ole sellele piirkonnale kitsendatud. Nagu mainitud, on Keila-Joa kooli õpilaskodus õpilasi üle terve Eesti. Haiguse raskusastme järgi on õpilaskodu eelkõige vajalik sügava raskusega haigust põdevatele lastele. Hinnangute kohaselt on neid 580 (10%), sealjuures 210 Harjumaal ja Tallinnas.

Tabel 3. Segmentide jaotus teeninduspiirkonn ja haiguse raskusastme lõikes

	Teeninduspiirkond	Pikaajalise haiguse raskusaste	Õpilaste arv
<b>Teabekeskuse segment</b>	Terve Eesti	Keskmine, raske ja sügav	<b>5800</b>
<b>Päevase õppe segment</b>	Harjumaa ja Tallinn	Raske ja sügav	<b>1050</b>
<b>Internaatkooli segment</b>	Harjumaa ja Tallinn, osaliselt ka muu Eesti	Sügav	<b>210</b> (Harjumaa ja Tallinn), täiendavalt <b>370</b> (muu Eesti)

Allikas: autorite koostatud

## LISA 2: Keila-Joa kooli analüüs

Täiendavalt tuleks tähelepanu pöörata Keila-Joa kooli potentsiaalsete õpilaste sotsiaalmajanduslikule taustale. Eestis oli Statistikaameti andmetel suhtelises vaesuses 2009. aastal 15,8% elanikkonnast. Kuni 17-aastastel oli see näitaja mõnevõrra suurem, 17,3%. Eeldusel, et laste tervislik seisund ning nende sotsiaalmajanduslik staatus on vaid nõrgalt seotud (vaesemad pole haigemad), on võimalik anda hinnang suhtelises vaesuses elavatele pikaajalist kroonilist haigust põdevate laste hulgale: ligikaudu 1000 last 5800-st. Nende laste puhul on suurem risk, et nende vanematel pole võimalik osta lapse haigusele vastavaid meditsiinilisi eriteenuseid (kodune ravi, hooldaja jms). Juhul, kui laste tervislik seisund ja nende sotsiaalmajanduslik staatus on positiivselt seotud, on vaesuses elavate pikaajalist kroonilist haigust põdevate laste arv mainitust suurem.

Eelkäsitletud hinnangute näol on tegemist rangelt **potentsiaalsete numbritega**. Need näitavad ära õpilaste hulga, kes **võivad ühel või teisel hetkel vajada** sanatoorse internaatkooli teenuseid. Reaalne õpilaste hulk sõltub kooli strateegilistest valikutest, investeeringutest, seadusandlusest ja muudest teguritest, mida eelpool ja alljärgnevalt käsitletud.

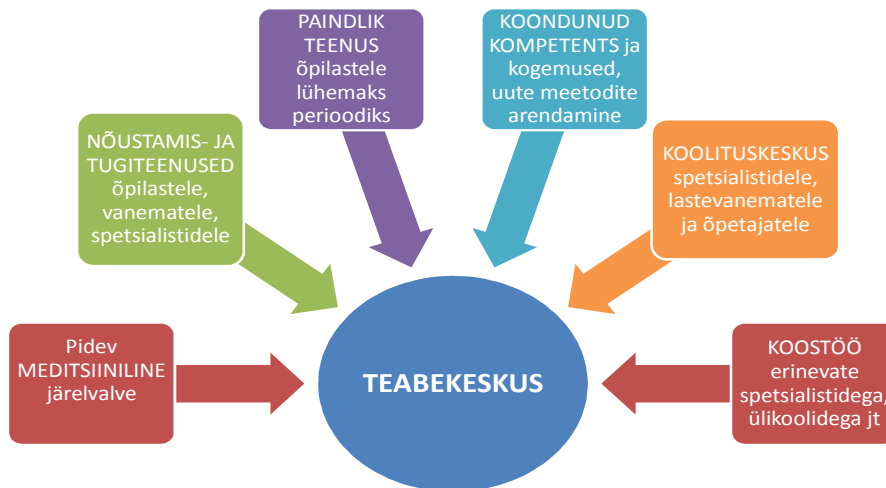


## 5. Teabekeskuse funktsioon

Põhiraportist tuli välja, et meditsiiniliste erivajadustega laste hariduskorralduse paremaks muutmiseks on kolm võimalust (vt põhiraporti pt 8). Üheks võimaluseks on välja arendada korralik(ud) teabekeskus(ed), mis on kõige otstarbekam võimalus ka Keila-Joa kooli puhul, kuna koolil on olemas nii pikaajalised kogemused kui ka kompetentsus. Järgnevalt on kirjeldatud n-ö ideaalset teabekeskust ning seejärel Keila-Joa kooli kui teabekeskust mõjutavate aspektide ja teabekeskuse mõju.

Joonisel 4 on kirjeldatud, millised peaksid olema ühe teabekeskuse tegevused ja sihtrühmad. Teabekeskuses peab olema tagatud õpilastele **ööpäevane meditsiiniline järelevalve**. Õpilastele peab olema tagatud ka vastavad **nõustamis- ja tugiteenused** (nt nõustamine, füsioteraapia, logopeediline teenus) ning pikemaajalise teraapia nõustamisteenused. Lisaks peab teabekeskus **nõustama** meditsiiniliste erivajadustega **laste vanemaid ning teiste koolide õpetajaid ja spetsialiste**, kes selliste lastega kokku puutuvad. Õpilased peaksid saama sellises keskus **õppida ka lühiajaliselt**, näiteks mingi haigusega kohanemise ajal (nt diabeetikud). Teabekeskusesse on kogunenud parim kompetentsus ja kogemused, seega võiks sealne **personal olla võimeline välja töötama ka uusi õppe- ja nõustamismeetodeid**. Samuti peaks see olema ka kõigi meditsiiniliste erivajadustega kokkupuutuvate spetsialistide, lastevanemate ja õpetajate **koolituskeskuseks**. Selleks, et teabekeskusest võimalikult paljudele kasu oleks, peab toimima kõigi osaliste **tihe koostöö**. Sellisel teabekeskusel oleks head võimalused olla ka ülikoolide praktikabaasiks.

Joonis 4. Teabekeskuse funktsioon



Eelneval joonisel oli kirjeldatud, milline peaks olema n-ö ideaalne teabekeskus. Järgnevalt on toodud aspektid, mis mõjutaksid Keila-Joa kooli kui teabekeskuse toimimist ja mida mõjutaks Keila-Joa SIK kui teabekeskus.

## 5.1. Teabekeskust mõjutavad aspektid

### SEADUSANDLUS

Kogu kooli (teabekeskuse) toimimist mõjutab kehtiv seadusandlus. Praegu kehtivas seaduses on aspekte, mis takistavad teabekeskuse arenemist ning toimimist. Peamised puudused on seotud just meditsiiniliste erivajadustega laste ravi ning järelevalve tagamisega.

2010. a vastu võetud põhikooli- ja gümnaasiumiseaduses **ei ole sanatoorseid internaatkooli eraldi kooliliigina** välja toodud, vaid neid loetakse haridusliku erivajadustega laste koolideks. Selline situatsioon on muutnud aga meditsiiniliste erivajadustega lastele mõeldud koolide tuleviku küsitavaks, kuna seadusandlus ei toeta nende edasist arengut. Seetõttu puudub ka sanatoorsetel koolidel definitsioon, kuidas neid määratleda ja millised lapsed peaksid seal õppima.

Kehtiva seadusandluse kohaselt ei pea sanatoorsetes koolides enam olema ka kooliarsti (sh sanatoorses koolis). Kuigi õe tegevus koolis on koolitervishoiuteenuste seadusega paika pandud (vt põhiraport lisa 1.7), on need pigem haigusi **ennetava ja nõustava iseloomuga**. See tähendab, et õde ei saa otseselt meditsiiniliste erivajadustega õpilasi ravida ning olulistel juhtudel sekkuda (nt kui diabeetik vajaks kiirelt insuliinidoosi muutmist vms). Samas õpivad praegu sanatoorsetes koolides just sellised õpilased, kes võivad vajada kiiret sekkumist. Keila-Joa koolil on siiski olemas ka kooliarst, kelle tegevusi rahastatakse kooli enda vahenditest.

Kooli meditsiinipersonalil (nii üldharidus- kui ka erikoolides) **puudub õpilase tervisliku seisundi kohta ülevaade**, kuna kehtiva seadusandluse kohaselt ei pea lapsevanemad ega teised tervishoiutöötajad seda infot jagama. See raskendab õpilase ravi järgimist ja vajalikku nõustamist.

Olemasoleva seadusandluse raamistikus pole sanatoorsetel koolidel võimalust tagada õpilastele piisavat ravi. Kuna kooliarsti olemasolu koolis ei ole enam kohustuslik, siis Keila-Joa kool on palganud arsti oma vahendite arvelt, seega kuulub arst kooli personali hulka, mitte ei ole tervishoiuteenust osutava asutuse personal. See aga on tinginud olukorra, kus kooliarstil puudub õigus määrata õpilastele ravi või kirjutada vajalikke ravimiretsepte ning õpilasi saab eriarstide vastuvõtule suunata vaid üldises korras vastavaid võimalusi omavas tervishoiuasutuses. 13. augustil 2010 sotsiaalministri kinnitatud koolitervishoiu seadustiku (RT I 2010, 57, 387) kohaselt on erivajadustega õpilastele riigikoolis ette nähtud kooliõe tööaeg 200 õpilase kohta 40 tundi nädalas (üldhariduskoolis 600 õpilase kohta 40 tundi nädalas). Samas õpib kõigis sanatoorsetes koolides alla 200 õpilase ning see tähendaks, et kooliõde ega muud meditsiinilist personali pidevalt kohapeal ei ole. Seega ei ole tagatud haigetele lastele kättesaadavat ravi ega kontrolli, samuti puudub sanatoorsetel koolidel võimalus palgata korralikku rehabilitatsioonimeeskonda.

### ÕPILASED

Peatükist 4.1.1 selgus, et meditsiiniliste erivajadustega lastele mõeldud kooli või teabekeskust vajaks internaatkoolina umbes 580 ning päevaõppe vormis umbes 1050 Tallinna ja Harjumaa õpilast. Praegu

õpib koolis alla saja õpilase, kuid eelnimetatud numbrid näitavad, et õpilasi, kes sellist teabekeskust vajaksid, on palju rohkem. Seega on oluline, et ühelt poolt **võimaldaks teabekeskus pakkuda teenuseid võimalikult paljudele** vastavate vajadustega õpilastele ning teisalt oleks õpilastel ja nende vanematel olemas vajalik teave.

#### ÜLDISED ARUSAAMAD JA HARIDUSE KONTSEPTSIOON

Praxise mõttehommikul räägitust ning intervjuudest ja fookusgruppidest (vt põhiraport pt 4.3) tuli välja, et sanatoorsetel koolidel on halb maine (nt pätikool, lollidekool jne) ning seetõttu ei taheta oma lapsi nendesse koolidesse panna. Leiti, et üheks sellise kuvandi põhjuseks võib olla ka kooli nimetus – internaatkool. Kui jätta internaatkooli nimetus tagaplaanile ning rõhuda sanatoorsele osale, siis võib edaspidi ka nende koolide maine paraneda.

Teiseks probleemiks on ka see, et ei seadusandluses ega ka üldiselt ühiskonnas **pole defineeritud meditsiiniliste erivajadustega lapsi**. Põhikooli- ja gümnaasiumiseaduses on ära toodud küll hariduslike erivajadustega lapsed ja terviseprobleemidega lapsed on üheks neist, kuid ei ole täpsustatud, millised need lapsed täpsemalt on ja mille järgi lapsele eristatakse staatus „meditsiinilise erivajadusega laps“.

#### VAJADUS

Peatükist 4 selgus, et Eestis on umbes 5800 õpilast, kes vajavad oma tervisliku seisundi tõttu pidevat meditsiinilist järelevalvet. On selge, et need haigused võivad olla eri raskusastmega ning kõigil neid haigusi põdevatel lastel pole vaja kasutada sanatoorse kooli teenuseid, kuid samas on oluline, et vajaduse korral oleks neil see võimalus olemas. Potentsiaalne Keila-Joa kooli õpilane põeb kas ajutiselt või pikaajaliselt mingit somaatilist haigust, mis vajab regulaarset spetsialisti abi. Praegu kehtiva seadusandluse kohaselt seda neile koolis ei tagata (vt põhiraporti pt 4.2.2) ning seega võivad need õpilased oma haiguse tõttu jääda koju ning haridussüsteemist eemale. Lisaks haiguskoormuse kaotusele (vt põhiraporti pt 4.1) jäävad sellised õpilased maha ka koolis ning tihti nende koolitee katkeb.

#### KOOSTÖÖ

Sanatoorsed koolid kuuluvad haridus- ja teadusministeeriumi alla, kelle pädevuses aga ei ole tegelda tervishoiuga, mis sanatoorsete koolide puhul on möödapääsmatu. Sotsiaalministeeriumi haldusalasse ei kuulu aga koolid. Pealegi ei ole kusagil dokumenteeritud, mil määral peaks sanatoorses koolis olema tagatud ravitegevus. Praegu Eestis kehtivate seaduste kohaselt toimib Eestis perearstisüsteem ning sanatoorses koolis õppiv laps saab ravi eelkõige oma perearsti juures. Kooliarsti või kooliõe pädevuses on teda sinna ainult suunata. Probleem tekib siis, kui kooli meditsiinipersonal ei tea lapse tegelikku tervislikku seisundit ning lastevanemad ja perearst seda infot ka ei jaga (seaduse kohaselt ei ole lastevanemad ja perearstid kohustatud koolile ütlema, mis lapsel viga on). Samas **peaks sanatoorsete koolide meditsiiniline personal tagama õpilaste ravi järjepidevuse**. Nendel lastel on tavaliselt suur vajadus kõrvalabi järele ja nad vajavad mitmeid teenuseid. 2008. aastal esitas õiguskantsler märgukirja

## LISA 2: Keila-Joa kooli analüüs

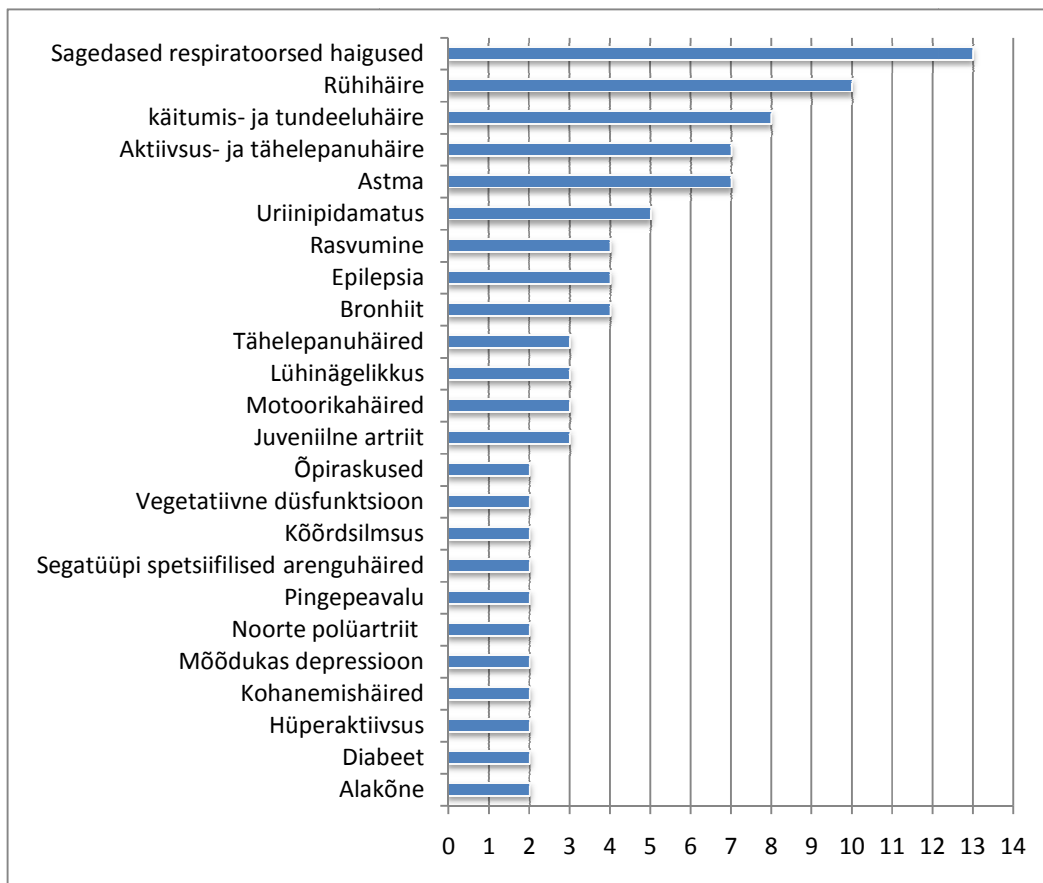
ka sotsiaalministrile, kus kutsus haridus- ja teadusministeeriumi ja sotsiaalministeeriumi üles omavahelisele koostööle sanatoorsete koolide küsimuses.

## 5.2. Teabekeskuse mõju

### MEDITSIINILISTE ERIVAJADUSTEGA ÕPILASTE PIDEV JÄLGIMINE

Keila-Joa koolis õpivad lapsed, kellel on väga erisugused haigused (vt joonis 2). Diagnoose on pea sama palju kui õpilasi (2010. aastal 83 diagnoosi). Sealjuures on paljudel lastel mitu diagnoosi korraga. See viitab otseselt Keila-Joa kooli personali kompetentsusele ehk pakutavate teenuste ulatus on lai. Laiemalt lubab see eeldada, et Keila-Joa kooli potentsiaalne õpilastering on suur.

Joonis 5. Sagedamini esinevad diagnoosid Keila-Joa kooli õpilastel 2010. aastal



Allikas: Keila-Joa SIK

Keila-Joa koolis töötavad nii meditsiiniõde kui ka kooliarst. Kuigi kehtivas seadusandluses on meditsiiniliste erivajadustega laste ravimise ja ravi jälgimisega koolis palju lünki, on Keila-Joa koolis nende laste ravi kontrolli all. Seega on koolil oluline roll lapse tervisel.

### KOOLIS OSUTATAVAD TUGITEENUSED

Keila-Joa kool erineb üldhariduskoolidest eelkõige seetõttu, et seal pakutakse nii meditsiinilisi teenuseid

kui ka erisuguseid tugiteenuseid. Tugiteenuste all mõistetakse erivajadusega õppijale suunatud pedagoogilisi, tervishoiu- ja/või sotsiaalhoolekandeleid sekkumisviise tema füüsilise või psühhosotsiaalse seisundi rehabiliteerimiseks, et tagada õppijale võimalus maksimaalseks osaluseks õppeprotsessis.

Keila-Joa Sanatoorses Internaatkoolis osutavad arst ja õde järgmisi **meditsiinilisi teenuseid**:

- õpilaste läbivaatus sügisel ja kevadel,
- vajadusel uuringud ja ravi Mustamäe Lastehaiglas,
- hammaste kontroll ja ravi 1 kord aastas,
- medikamendiravi jälgimine,
- meditsiinipunktis tasakaalu leidmise tuba.

Muude **tugiteenuste** all osutatakse õpilastele järgmisi teenuseid:

- psühholoogiline abi (psühholoog 2 korda nädalas),
- sotsiaalpedagoogi abi (sotsiaalpedagoog 0,5 kohta),
- arenguestlused õpilastega 1 kord õppeaastas,
- Õpiabi õpetaja (0,75 kohta),
- Logopeed (0,5 kohta),
- õpilaskodu.

Tugiteenuseid vajavate õpilaste arv Keila-Joa koolis suureneb iga aastaga. Üha enam vajavad õpilased psühholoogi ja sotsiaalpedagoogi nõustamist, sageli tingituna õpilaste kodustest probleemidest, mis takistavad edasijõudmist õppetöös.

Keila-Joa koolis toimuvad kord õppeveerandi jooksul psühholoogi ja sotsiaalpedagoogi eestvedamisel **lastevanemate koolitused**. Nendel osalevad nii Keila-Joa õpilaste vanemad kui ka lapsevanemad, kelle lapsed selles koolis ei õpi.

Väljapoole (Keila-Joa koolis mitteõppivatele lastele) nõustamist on olnud vähe, sest sotsiaalpedagoogi ja psühholoogi ametikoht on Keila-Joa koolis alles teist aastat. **Konsultatsiooniasutuse roll** on Keila-Joa kooli üks potentsiaalsetest visioonidest. Konsultatsioonisegmendi teeninduspiirkonnaks on edasise analüüsi tarbeks terve Eesti.

Eelnimetatud teenused on toodud selle kohta, mida peamiselt osutatakse koolis ja kooli õpilastele. Samas võiks rohkem arendada ka teenuste osutamist väljapoole kooli nii õpilastele, lastevanematele kui ka teiste koolide personalile. Näiteks Tartu õppe-nõustamiskeskuses, mis on Eestis üks suurima mahuga töötavaid õppe-nõustamiskeskusi (vt põhiraport pt 5), pakutakse nõustamist nii lastele, lastevanematele, haridusametnikele kui ka ametnikele. Järgnevalt ongi toodud tabel osutatud teenuste mahuga nõustamisliikide lõikes perioodil 01.01.2010–31.03.2011.

**Tabel 4. Osutatud teenused ja nende maht Tartu õppenõustamiskeskuses**

## LISA 2: Keila-Joa kooli analüüs

	Logo- peediline	Eripeda- googiline	Psühho- loogiline	Sotsiaal- pedagoogiline	Kokku
Nõustamise juhtumite arv kokku	337	579	631	215	1761
sh grupinõustamiste arv	86	482	280	186	1034
Nõustamise kordade arv kokku	439	1205	1145	317	3106
Nõustatud laste arv	283	636	666	275	1860
s.h grupinõustamises osalenud laste arv	121	437	336	221	1115
Nõustatud lapsevanemate arv	261	440	565	365	1631
Nõustatud haridusasutuste töötajate arv	64	337	240	88	729
Nõustatud ametnike arv	5	30	33	17	85

### KOOLI MISSIOON JA VISIOON

Keila-Joa Kool on nii missiooni kui ka visiooni kaudu määratlenud ennast teabekeskusena.

**Missioon:** Keila-Joa Kool on Põhja-Eesti teabekeskus, mis loob eeldused ja tingimused somaatilisi haigusi põdevatele ja sellega kaasnevate käitumis- ja tundeeluhäiretega õpilastele võrdsete võimaluste loomiseks hariduse omandamisel.

**Visioon:** Keila-Joa Koolis on loodud tingimused, kus igast õpilasest saab aktiivne ühiskonnaliige, kes oskab elada oma tervisliku eripäraga. Koolis toetatakse ning kontrollitakse laste raviskeemi.

Teabekeskusena on koolil võimalused ja teadmised lapsevanemate ning teiste pedagoogide koolitamiseks erivajadustega lastega tegelemisel.

## 6. Kooli eneseanalüüs

## LISA 2: Keila-Joa kooli analüüs

Et välja arendada võimalikult efektiivset teabekeskust, on vajalik ka kooli põhjalik eneseanalüüs koos tugevuste, nõrkuste, võimaluste ja riskidega. Selline analüüs toob välja kooli kitsaskohad ning samuti tugevused, mida saab kooli paremaks toimimiseks ära kasutada.

Järgnevalt on koostatud Keila-Joa kooli TNVO analüüs (ehk SWOT-analüüs), kus on näidatud selle kooli tugevused ja nõrkused ning võimalused ja ohud (vt tabel 12). Analüüs põhineb intervjuudel kooli töötajatega, erinevatel koolist saadud dokumentidel ning käesoleva raporti põhiosas väljatoodul.

**Tabel 5. Keila-Joa kooli TNVO-analüüsi tulemused**

<b>TUGEVUSED</b>	<b>NÕRKUSED</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kooli hea asukoht</li> <li>• Kogemustega personal</li> <li>• Ainuke gümnaasiumiharidust pakkuv kool somaatilisi haigusi põdevatele lastele</li> <li>• Lastel kindel päevarežiim</li> <li>• Koolis õppivate laste vanemad kooliga rahul</li> <li>• Lastele lähenetakse individuaalselt ning lapsed on meditsiinilise jälgimise all</li> <li>• Suhtlemine koolis tolerantsem (sh ka lapsed on võrdsemad)</li> <li>• Koolile on leitud sponsoreid</li> <li>• Tervist edendav kool</li> <li>• Koolis toimiv IT</li> <li>• Hea koostöö KOV-idega</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koolil kui sanatoorsel koolil on halb maine ja ei ole defineeritud sanatoorse kooli olemust</li> <li>• Õpilaskodu on vana, uue ehitamiseks puuduvad ressursid</li> <li>• Puuduvad tänapäevased õpi- ja kasvutingimused</li> <li>• Personalile ei suudeta tagada vajalikku täiendõpet</li> <li>• Meeskonnas puuduvad mõned spetsialistid</li> <li>• Puudub investeerimisplaan</li> </ul>
<b>VÕIMALUSED</b>	<b>RISKID</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Võimalus luua kogu riiki teeniv teabekeskus</li> <li>• Kooli tuleks n-ö promoda</li> <li>• Tugikeskuse loomine kooli juurde, et võimaldada abi õpilastele ja nende vanematele</li> <li>• Arendada rohkem välja koolitusi lapsevanematele (perenõustamine)</li> <li>• Õpilaste individuaalsusega arvestamine kooli õppekavas ja õpetajate töökavades</li> <li>• Valikainete mitmekesistamine</li> <li>• Füsioteraapia (kehalise kasvatuse) mitmekesistamine lähtudes lapse individuaalsusest</li> <li>• Meditsiinipersonali laiendamine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kooli sulgemine</li> <li>• Gümnaasiumi osa kaotamine</li> <li>• Kinnitamata on kooli arengukava</li> <li>• Kool ei ole saanud investeringuid</li> <li>• Meditsiinilise personali vähesuse korral võivad tõsised haigusseisundid jääda tähelepanuta</li> <li>• Halva maine tõttu ei pane vanemad oma lapsi sinna kooli</li> <li>• Info vähesuse tõttu jäävad seda kooli vajavad lapsed sinna panemata</li> </ul>



## LISA 2: Keila-Joa kooli analüüs

(füsioterapeudi töölerakendamine), et tagada kvalifitseeritud meditsiiniabi õpilastele	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Leping haigekassaga</li><li>• Uue õpilaskodu ehitamine ja koolimaja renoveerimine</li><li>• Koostöö erinevate tervishoiuteenuste pakujatega</li></ul>	

### TUGEVUSED

Kool riigikoolina võimaldab somaatilisi haigusi põdevatele lastele kindla päevarežiimiga õpet ning vastavalt lapse vajadusele raviskeemi järgimist ja kontrolli. Õpilased tunnevad end koolis turvaliselt ja saavad täiskasvanute toetust. Koolil on hea asukoht ja pikaajalise kogemusega ning lojaalne õpetajate kaader. Keila-Joa SIK on ainuke kool somaatiliste haigustega õpilastele, mis annab ka gümnaasiumiharidust. Koolis õppivate laste vanemad on kooliga rahul, eelkõige just individuaalse lähenemise tõttu. Nii õpilastel kui ka pedagoogidel on võimalik kasutada moodsat infotehnoloogiat ja kiiret interneti. 2008. aastal uuendati arvutiklassi, kuhu soetati 9 uut arvutit. Tiigrihüppe projektist saadi õpetajatele 5 sülearvutit. Sama aasta suvel tehti osaline sanitaarremont poiste õpilaskodus. Koolil on ka sponsoreid, kelle toel sai hoonetele välisvalgustid, sanitaarremondiks värve ning poiste tööõpetuseks materjali. Projekti raames eraldas IF kindlustus 2008. aastal 85 000 krooni tuleohutusnõuete tagamiseks õpilaskodudes. Selle raha eest on paigaldatud tuletõrje signalisatsiooni süsteem ja märgistused õpilaskodusse. Koolimaja siseustele paigaldati seestpoolt avatavad lukud.

Keila-Joa SIK on tervist edendav kool ning koolis tegutseb aktiivne tervisenõukogu, mis koordineerib terviseedendustööd. Õpilased osalevad aktiivselt terviseprojektides. Tervisedendus on läbiv teema kooli õppekavas, ainekavades, klassivälises- ja kasvatustöös. Õpilased elavad õpilaskodus ja nende päev kulgeb kindla päevarežiimi alusel. Õpilaskodus kujundavad kasvatajad õpilaste hügieeni- ja söömisharjumusi. Kord aastas toimub hammaste kontroll. Igal sügisel ja kevadel korraldavad meditsiinitöötajad õpilaste tervisevaatlusi. Igal õppeaastal on oma temaatika: 2006/07. õa oli vaimse tervise aasta, 2007/08. õa tervisliku toitumise aasta, 2008/09. õa teemaks oli „Terve olla on mõnus“. Koolis on korraldatud tervisekasvatuse loenguid pedagoogidele ja lastevanematele. Õpilased, kes oma tervisliku seisundi tõttu ei saa osaleda kehalise kasvatus tundides, saavad meditsiiniõe juhendamisel eraldi programmi. Tervis on ka õpilaste õppekoormuse reguleerimise aluseks. Kõik eelnev aitab parandada ja tugevdada õpilaste tervislikku seisundit, on abiks haigusega toimetulekuks või sellest paranemiseks.

### NÕRKUSED

Sanatoorsetel koolidel (sh Keila-Joal) on praegu halb maine ning informatsiooni nende koolide kohta on vähe, ei teata, mida need koolid endast täpsemalt kujutavad ja mida pakuvad. Finantsressursside vähesus ei ole võimaldanud ehitada uut õpilaskodu ning rajada haigetele lastele tänapäevaseid õppe- ja kasvukeskkonna tingimusi. See võib olla ka üheks põhjuseks, miks vanemad oma lapsi ei taha sinna kooli panna. Õpetajad vajavad täienduskoolitust, praegusel juhul ei pakuta Eestis piisavalt koolitusi käitumis-

ja tundeeluhäiretega laste õpetamiseks. Tööle on vaja rakendada meeskond: füsioterapeut, tegevusterapeut, sotsiaalpedagoog, psühholoog (kokku 4 täiskohta).

Koolil on praegu puudu ka korralik investeerimisplaan. Teada on vaid see, et vaja oleks ehitada uus õpilaskodu ning täielikult renoveerida koolimaja.

#### **VÕIMALUSED**

Kooli säilimine riigikoolina võimaldaks luua regionaalse teabekeskuse, kus koolitada ja nõustada õpetajaid, lapsevanemaid ning anda tööd eripedagoogidele. Lisaks võiksid tegeleda uurimistööga kasvatusteadusi ning tervisekäitumist õppivad spetsialistid.

Somaatilisi haigusi põdevate laste arv kasvab jätkuvalt, ent see kasv ei ole nii kiire, et tavakoolidesse erirežiimiga laste klasside loomine oleks majanduslikult põhjendatud. Ühes koolis koos on nende õpetamine ning kasvatamine efektiivseim ning tulemuslikum variant.

Keila-Joa SIK puhul tuleks rõhutada individuaalset lähenemist, mis tagaks õpilasele nii individuaalse õppekava kui ka raviskeemi. Meditsiiniliste erivajadustega laste puhul ei saa rakendada universaalset lähenemist. Laste tervislikku seisukorda arvestades peaks kool tagama ka võimalikult mitmekülgse meditsiinipersonali ja meditsiiniteenuste kättesaadavuse. Sealjuures peaks uues haigekassa tervishoiuteenuste nimekirjas olema ka need teenused (nt ravimite ost, kooliarsti olemasolu, kabineti sisustus jne), mida sanatoorses koolis osutatakse, ning haigekassa rahaline kate nendele teenustele. Kool saaks teha koos Tallinna Lastehaigla ja perearstidega ning nõustamiskomisjonidega teavitustööd.

Uue õpilaskodu ehitamine ja koolimaja renoveerimine muudaks paremaks nii sealsete õpilaste ja personali olukorra kui ka meelitaks juurde uusi õpilasi, kes seda kooli vajaksid.

#### **RISKID**

Kui praegused õpilased saadetakse kooli sulgemise tõttu tagasi kodukooli, siis tõenäoliselt jäävad nad ilma vajalikest tugiteenustest ning järjepidevast järelevalvest. Seetõttu võib kaduma minna nende potentsiaal saada täisväärtuslikuks ühiskonnaliikmeks ning tekib arvestatav risk, et tulevikus võivad nendest lastest saada antisotsiaalsed isikud ning mittefunktsionaalsete perede loojad ja/või astuvad nad kas kuritegelikule või enesehävituslikule teele. Gümnaasiumiosa sulgemine tähendaks seda, et Eestis ei oleks enam ühtegi kooli, kus meditsiiniliste erivajadustega lapsed saaksid gümnaasiumihariduse. Sellega katkeb paljude õpilaste haridustee, arvestades ka seda, et gümnaasium ei ole kohustuslik.

Kooli arengukava ei ole HTM kinnitanud ja seetõttu ei saa kool oma kontseptsiooni ellu viia. Lisaks ei ole kool viimastel aastatel saanud ka investeeringuid. Kooli halva maine ja info vähesuse tõttu on risk, et lapsevanemad jätavad oma lapsed sinna kooli panemata. Seetõttu on oluline, et info kooli kohta jõuaks võimalikult paljude pere- ja lastearstide ning sotsiaaltöötajateni, kes vajadusel saavad lapsi sinna suunata. Kuna koolil ei ole piisavat meditsiinilist personali, siis on oht, et mõni haigusseisund võib lapsel jääda ravimata või ei ole selle üle head kontrolli.

## **7. Kulud ja investeeringud**

Teabekeskuse loomise üheks oluliseks eesmärgiks oleks saavutada olukord, kus kool **suudab teenindada rohkem lapsi kui praegu**. Kuigi kool „mahutaks“ praegusest õpilaste arvust natuke rohkem õpilasi, on kooli tänase funktsiooni kõrval oluline silmas pidada eesmärki, et teabekeskus oleks kasutatav üle Eesti. See võib tähendada suuremaid kulusid ning investeringuvajadust. Siiski on suuremad kulud õigustatud üksnes juhul, kui selle eest pakutakse keerulisemate probleemidega lastele oluliselt paremat teenust kui nad saaksid kodukoolis.

Kuigi käesoleva raporti eesmärgiks ei olnud detailselt kooli kulutusi analüüsida, leidsid autorid siiski et vaatamata selge nõudluse olemasolule, tuleks parima tulemuse saavutamiseks hoolega läbi mõelda teenuse korraldamine. Näiteks ei nõustata Keila-joa kooli poolt praegu eriti teiste koolide õpetajaid ja spetsialiste, kuigi selle jaoks on koolil olemas nii personal kui ressursid.

Käesoleva raporti koostamise käigus tuli seoses kooli kulude ning investeringutega välja tähelepanu väärivaid asjaolusid, millest me järgnevalt lühidalt kirjutame.

### **Kulud**

Keila-Joa kooli keskmine kulu ühe õpilase kohta aastas oli umbes **8000 eurot** 2009. ja 2010. aastal. Sellest enamus (70%) kulus personali palkadele ja maksudeks, umbes 24% haldusele ning 5% toitlustusele. Võrdluseks kulus EHISe andmetel keskmisele õpilasele üldhariduskoolides umbes 3100 eurot (2009. aastal, üldhariduskulud jagatuna üldhariduse päevases õppes õppivate laste arvuga). Kuigi tegemist on enam kui kahekordse vahega, tuleb arvestada sellega, et Keila-Joa kool on keskmisest üldhariduskoolist õpilaste arvu poolest ligi kolm korda väiksem. See tähendab, et õpetajad võivad olla alakoormatud, aga ka seda, et erivajadustega lastega tegelemine vajab suuremat tähelepanu. Näiteks on Keila-Joa koolis ühe õpetaja või kasvataja kohta vaid ligi 3,5 õpilast, Üldhariduskooli vastav keskmine näitaja on üle 10.

Nende andmete põhjal oleks ennatlik otsustada, et efektiivsustootlus peaks olema suunatud pelgalt kooli laiendamisele ja õpilaste arvu suurendamisele, kuigi see võib samuti olla mõistlik. Samamoodi suurendaks efektiivsust kogu Eesti meditsiiniliste erivajadustega lapsi silmas pidada see, kui Keila-Joa kool tegutseks teabekeskusena ning teiste koolide nõustajana, mida täna ei tehta.

Veel on suuremate kulude üheks põhjuseks Keila-Joa koolis enamikule õpilastele pakutav internaadi-teenus, erinevaid meditsiini-, nõustamis- ning muud tugiteenused (nt õpiabi). Olemasolevate andmete põhjal on keeruline täpsemalt välja tuua, kui suur osa nimetatud 8000 eurost, mis Keila-Joa koolis ühe õpilase harimisele kulutatakse, on tingitud sellest, et seal pakutakse eriteenuseid. Samas on igati põhjust eeldada, et igas üldhariduskoolis vastava personali (meditsiiniõde, psühholoog, sotsiaalpedagoog jms) pidamine keskmiselt 11 õpilase teenendamiseks ei saa olla nii kuluefektiivne kui erikoolis.

### **Investeeringud**

Käesoleva raporti peatükist 6 tuli välja, et koolil puudub detailne investeeringuplaan. Koolil on tehtud küll ruumide jaotuskava eelnõu (st millised ja kui palju ruume on vaja uuesti ehitada või renoveerida), kuid puudub selle kohta nii eelarve kui ka ajaplaan. Kool on esitanud selle plaani ka RKAS-ile, kes parasjagu koostab vastavate investeeringute eelarvet.

## LISA 2: Keila-Joa kooli analüüs

Kuna kooli hooned on tugevalt amortiseerunud, siis on kool näinud vajadustena:

- Koolihoone renoveerimist
- Uue õpilaskodu ehitamist
- Tööõpetuse maja ehitamist
- Spordikompleksi rajamist
- Söökla ehitamist

Käesoleva analüüsi käigus **ei analüüsitud alternatiivseid asukohti** meditsiinilise erivajadusega lastele mõeldud kooli jaoks, olgu siis kulutõhususe, logistilistest või muudest kaalutlustest lähtudes. Lähteülesande kohaselt oli eesmärgiks analüüsida Keila-Joa SIK võimalused pakkuda optimaalset lahendust kindla piirkonna erivajadustega lastele üldhariduse omandamiseks arvestades Eesti konteksti tervikuna.

Oma järeldustes oleme **lähtunud olemasolevast olukorrast** ning analüüsinud **ühte võimalikku toimivat strateegilist arengusuunda**, mis arvestab meie poolt arvatud potentsiaalset nõudlust, Keila-Joa SIK eneseanalüüsi ja ühte meditsiiniliste erivajadusega lastele üldhariduse korraldamise alternatiivi, mis sisaldab nn teabekeskustena toimivaid erikoole.

Kokkuvõtvalt võib öelda, et Keila-Joa kool vajab igal juhul **pikaajalist strateegilist arenguplaani**, mis võimaldaks mõistlikult hinnata investeeringute ja kulude otstarbekust. Sellise plaani olemasolu muudaks kooli tegevuse jätkusuutlikumaks ning oleks väga oluline partnerluse alus kooli tegevuste finantseerijatele avalikus ja erasektoris, õpilastele ja nende lapsevanematele, kõigile üldhariduskoolidele, seotud tervishoiuteenuse osutajatele ning kogu ühiskonnale laiemalt.

## 8. Kokkuvõte ja järeldused

Sanatoorsete koolide toimimise eelduseks on see, et nende koolide tegevus oleks **kooskõlas Eesti üldise kontseptsiooniga** hariduslike erivajaduste ja eriti meditsiiniliste erivajadustega laste koolitamise kohta. Sanatoorsete koolide püsimine ja areng eeldab kindlasti investeeringuid olemasolevatesse koolidesse (sh Keila-Joa) ning pikaajalise stabiilsuse jaoks on oluline keskvalitsuse ning KOV kohustuste täpne määramine. Põhimõtteliselt võiks senist positiivset kogemust arvestades leida võimalusi ka **era- ja avaliku sektori koostöös**, kuid see eeldab selget riigipoolset seisukohta ja pikaajalist kohustuste täitmist.

Eestis on praegu kolm kooli, mis on mõeldud meditsiiniliste erivajadustega lastele. Üks nendest koolidest on Keila-Joa Sanatoorne Internaatkool, kus õpib umbes 100 õpilast peamiselt Harjumaalt. Täiendavalt on see kool omataoliste seas ainuke Eestis, mis pakub keskharidust. Harjumaal ja Tallinnas on umbes 2100 pikaajalise kroonilise haigusega kooliealist last, neist pooled vajavad meditsiinilist erihoolt vähemalt iga päev. Need lapsed võivad vajada ajutiselt või pikema aja jooksul Keila-Joa kooli kas internaatkoolina või päevase õppeasutusena. Ka praegu kasutab Keila-Joa kooli internaatkoolina arvestatav hulk õpilasi, kes pole Harjumaalt või Tallinnast.

Kuigi sanatoorsete koolide õpilaste arv on viimastel aastatel märgatavalt vähenenud, ei saa käesoleva analüüsi nõudluse peatüki tulemuste taustal järeldada, et see viitaks ilmtingimata vähenenud vajadusele selliste koolide järele. Vähenemise põhjused võivad olla seotud ka teadmatusega sanatoorsete koolide võimalustest, koolide halvast mainest, võimalikust sildistamisohust jne.

Kokkuvõttes on vähemalt keskpikas perspektiivis Keila-Joa kooli **potentsiaalne õpilaste hulk tänasega võrreldes suurem ja vajadus püsiv**.

Kooskõlas projektitiimi ja laiendatud meeskonna aruteludega analüüsisime nn teabeskuse mudeli toimivust, arvestades olusid ning võimalikke strateegiliste valikute alternatiive Eestis tervikuna. Keila-Joa SIK võiks edukalt olla üldhariduskoolile tugibaas, kus õpivad need õpilased, kes üldhariduskoolis nõuaksid palju rohkem tähelepanu ja kulutusi kui erivajadustega laste koolis. See kulu, mida on vaja iga üksiku HEV-lapse ellutoomiseks, on üldhariduskoolis tunduvalt kallim kui spetsiaalses koolis.

Keila-Joa koolil on vajalikud eeldused muutuda efektiivseks teabeskuseks. Koolil on olemas pikaajalised kogemused meditsiiniliste erivajadustega lastega ning vastava kompetentsusega personal. Samuti asub

## LISA 2: Keila-Joa kooli analüüs

kool nii looduslikult kui ka taristu suhtes heas asukohas. Selleks, et koolist areneks välja korralik teabekeskus, on vaja

- välja arendada korralik teenusepakett nii õpilastele, lastevanematele kui ka muudele spetsialistidele;
- tõsta kooli mainet ning õpilaste ja lastevanemate teadlikkust koolist;
- muuta seadusandlust vastavalt sellele, et koolis oleks võimalik osutada meditsiiniteenuseid ning et oleks olemas ka vastav personal ;
- leida vajalikud ressursid investeeringuplaani täitmiseks.