

# Ülevaade vaimse tervise teenuste süsteemist

MTÜ Tervishoiuselts  
koostöös Sotsiaalministeeriumi ja Maailma Terviseorganisatsiooniga

Tallinn 2005

# Sisukord

1.	Sissejuhatus .....	5
1.1.	Ülevaate eesmärk .....	5
1.2.	Lühike ülevaade tervishoiusüsteemist ja tervishoiuteenustest .....	7
1.2.1.	Ravikindlustussüsteem .....	7
1.2.2.	Tervishoiusüsteem ja teenused.....	8
1.2.2.1.	Üldarstiabi .....	8
1.2.2.2.	Eriarstiabi .....	8
1.2.2.3.	Kiirabi .....	9
1.2.3.	Sotsiaalne kaitse ja hoolekanne .....	9
1.2.4.	Psühholoogiline nõustamine ja kriisiabi .....	11
1.2.5.	Kodanikualgatus .....	13
2.	Poliitika ja õiguslik raamistik .....	15
2.1.	Vaimse tervise valdkonda reguleeriva seadusandluse lühiülevaade .....	15
2.1.1.	Kohtuekspertiisi seadus .....	15
2.1.2.	Perekonnaseadus .....	16
2.1.3.	Psühhiaatrilise abi seadus.....	17
2.1.4.	Rahvatervise seadus.....	17
2.1.5.	Sotsiaalhoolekande seadus .....	17
2.1.6.	Tervishoiuteenuste korraldamise seadus .....	19
2.1.7.	Tsiviilkohtumenetluse seadustik .....	19
2.1.8.	Tsiviilseadustiku üldosa seadus.....	25
2.1.9.	Võlaõigusseadus.....	26
2.2.	Vaimse tervise poliitika, otsustajad ja huvigrupid.....	28
3.	Vaimse tervise teenused .....	30
3.1.	Vaimse tervise teenuste üldine raamistik .....	30
3.2.	Vaimse tervise teenused .....	34
3.2.1.	Kogukondlikud teenused .....	36
3.2.1.1.	Igapäevaelu toetamine.....	36
3.2.1.2.	Isiklik abistaja.....	36
3.2.1.3.	Päevahoid.....	37
3.2.1.4.	Toetatud elamine .....	37
3.2.1.5.	Elamine kogukonnas .....	38
3.2.1.6.	Toetatud töötamine .....	38
3.2.1.7.	Rehabiliteerimine .....	39
3.2.1.8.	Esmatasandi arstiabi .....	39
3.2.1.9.	Ambulatoorne psühhiaatriline abi .....	40
3.2.1.10.	Statsionaarne psühhiaatriline abi .....	40
3.2.1.11.	Psühhiaatria päevateenus.....	40
3.2.2.	Mitte-kogukondlikud statsionaarsed teenused .....	40
3.2.2.1.	Ööpäevaringne hooldamine hoolekandeesutuses .....	40
3.2.2.2.	Ööpäevaringne tugevdatud toetusega hooldamine .....	41
3.2.2.3.	Ajutine hooldamine (intervallhooldus).....	41
3.2.2.4.	Statsionaarne psühhiaatriline abi .....	42
3.2.2.5.	Vältimatu psühhiaatriline abi.....	42
3.2.3.	Psühhiaatriahaiglates ja erihooldekodudes osutatavad teenused .....	43
3.2.4.	Mitte-vabatahtlikud teenused.....	43
3.2.4.1.	Ööpäevaringne tugevdatud järelevalvega hooldamine.....	43

3.2.4.2.	Tahtest olenematu vältimatu abi.....	44
3.2.4.3.	Kohtu poolt määratud psühhiaatriline sundravi .....	45
3.2.5.	Multidistsiplinaarsed teenused (rehabilitatsioon).....	46
3.3.	Hea praktika näited .....	48
3.3.1.	Toetatud töötamine – MTÜ Iseseisev Elu .....	48
3.3.2.	Päevahoid – SA Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskus.....	49
3.3.3.	Haabersti Klubimaja .....	51
3.3.4.	DBSA Tallinn City Noorte Toetusgrupp .....	53
3.3.5.	Psühhiaatriline abi patsiendile lähemale – OÜ Jaanson & Lääne näitel	53
3.3.6.	Psühhiaatria päevateenus SA Pärnu Haigla psühhiaatrikliinikus ...	54
3.4.	Vaimse tervise rahastamine .....	55
3.4.1.	Tervishoiuteenuste hüvitised.....	55
3.4.1.1.	Esmatasandi arstiabi .....	56
3.4.1.2.	Eriarstiabi .....	57
3.4.1.3.	Hooldusravi .....	59
3.4.2.	Ravimihüvitised .....	59
3.4.3.	Hoolekande kulud .....	60
3.4.4.	Eneseabigruppide ja organisatsioonide kulud .....	62
3.5.	Kvaliteedi ja vaideesitamise süsteem.....	63
3.5.1.	Tervishoiuteenused .....	63
3.5.2.	Sotsiaalteenused.....	64
4.	Vaimse tervise teenuste tarbijad .....	66
4.1.	Peamised kasutajagrupid .....	66
4.2.	Haigestumus.....	68
4.3.	Eneseabigrupid ja organisatsioonid.....	70
4.3.1.	Patsientide esindus, inimõiguste kaitse ja teenuste kasutajate õigusabi	70
5.	Inimressurss – olemasolu ja vajadus .....	73
5.1.	Tervishoiuspetsialistid .....	73
5.2.	Sotsiaaltöö spetsialistid.....	75
5.3.	Eneseabi- ja kodanikualgatuslikes organisatsioonides töötavad inimesed	76
6.	Probleemid ja väljakutsed.....	77
6.1.	Vaimse tervise teenuste arenguga seotud probleemid (väljatoodud vaimse tervise ekspertide ja huvigruppide poolt) .....	77
6.1.1.	Inimressurss.....	77
6.1.2.	Teenused .....	78
6.1.3.	Rahastamise probleemid .....	80
6.2.	Väljakutsed ja arengud vaimse tervise valdkonnas lähiaastatel.....	81
7.	Kokkuvõte .....	83
	Kasutatud kirjandus .....	84

Lisa 1 .....	85
Definitions for Terms Used in the Document.....	85
Lisa 2.....	88
Psühhiaatria- ja psühhoteeraapiateenuste tegevuslubadega teenustepakkujad teenuste kaupa seisuga 14.05.2005.....	88
Lisa 3.....	91
Raske ja pikaajalise psüühilise erivajadusega isikutele suunatud riigieelarvest finantseeritavate sotsiaalteenuste pakkujad teenuste kaupa 2005.....	91

# 1. Sissejuhatus

## 1.1. Ülevaate eesmärk

Vaimne tervis on inimese üldise tervises seisundi lahutamatu osa. Vaimset tervist mõjutavad elukvaliteet, toimetulek, kultuurikeskkond, ühiskondlikud protsessid ja hoiakud.

Erinevate uuringute andmetel on Eesti elanike vaimne tervis halvemas seisus kui teiste Lääne- ja Põhja-Euroopa riikide elanikel.

Jaauanuaris 2005 kohtusid tervishoiuministrid, teadlased ja eksperdid viiekümne kahest Maaailma Terviseorganisatsiooni (edaspidi lüh WHO) Euroopa regiooni liikmesriigist, et saada ülevaade vaimse tervise olukorrast ja kinnitada tegevuskava järgnevateks aastateks (ingl. k. WHO Mental Health Declaration and Action Plan for Europe), mida kõik Euroopa liikmesriigid saaksid arvesse võtta vaimse tervise strateegiate väljatöötamisel ja tegevuskavade elluviimisel.

Euroopa vaimse tervise deklaratsioonis ja tegevuskavas tuuakse välja nii WHO kui liikmesriikide kohustused ja vastutus kaheteistkümnes prioriteetses valdkonnas:

- vaimse tervise propageerimine;
- vaimse tervise kaasamine rahvatervisesse;
- diskrimineerimise ja tõrjutuse vähendamine;
- teenuste kohandamine;
- suitsiidide preventatsioon;
- ligipääs esmatasandi arstiabile;
- efektiivne ravi;
- sektoritevaheline koostöö;
- kompetentne tööjõud;
- informatsiooni süsteemsus;
- õiglane rahastamine;
- uuringute läbiviimine<sup>1</sup>.

Viimase kümne-viieteistkümne aasta jooksul on Eesti vaimse tervise teenuste süsteem märkimisväärselt arenenud muutudes nõukogulikust psühhiaatriale keskendunud süsteemist inimkeskemaks ning eelkõige klientide elukvaliteeti edendavaks teenuste süsteemiks. Selleks, et vaimse tervise teenuste süsteem lähtuks kliendi vajadustest ning samal ajal arvestaks ka ühiskonna üldisi vajadusi ning võimalusi, on vajalik sotsiaal- ja tervishoiuteenuste tõhusam integreerimine.

Mitmed erinevad institutsioonid on viimastel aastatel Eesti vaimse tervise teenuste süsteemi ning selle arengut hinnanud ja toimunud muutustest ülevaateid koostanud. Kahjuks puudub dokument, mis annaks vaimse tervise valdkonnas ühise ülevaate nii sotsiaal- kui tervishoiusektoris toimunust. Käesolev dokument nimetatud ülesannet täidabki, andes ülevaate mõlemast valdkonnast (va

---

<sup>1</sup> Vaimne tervis, [www.sm.ee](http://www.sm.ee)

sõltuvushäired) ning luues lähtealuse edasisteks, senisest enam integreeritud arenguteks. Dokumendi alaeesmärgiks on edendada erinevate osapoolte vahel diskussiooni vaimse tervise süsteemi probleemide lahendamiseks ning väljakutsetele sobivate realiseerimisvõimaluste leidmiseks.

Dokumendi koostas Aive Sarjas, töörühma kuulusid Marge Reinap, Heli Paluste, Sirlis Sõmer, Piret Kokk, Helja Eomois ja Triin Habicht Sotsiaalministeeriumist, Jarno Habicht Maailma Terviseorganisatsioonist.

Autor, töörühma liikmed ja Sotsiaalministeerium tänavad Maailma Terviseorganisatsiooni rahalise toetuse eest, mis sai teoks tänu WHO ja Sotsiaalministeeriumi 2004/2005 aasta kahepoolsele kokkuleppele, võimaldades uurida Eesti vaimse tervise olukorda ning luua tõenduspõhist informatsiooni käesolevasse aruandesse.

Käesolev dokument väljendab selle autorite isiklike vaateid ja arvamusi, mis ei pruugi kokku langeda asutuste vaadetega, milles nad töötavad. WHO ei vastuta käesolevas aruandes toodud tulemuste ega järelduste eest.

## **1.2. Lühike ülevaade tervishoiusüsteemist ja tervishoiuteenustest**

Alates iseseisvumisest 1991. aastal on Eesti tervishoiusüsteemis toimunud kaks põhimõttelist muutust: esiteks muutumine riigi kontrolli all olevast tsentraliseeritud süsteemist detsentraliseeritud süsteemiks; ja teiseks, riigieelarvest rahastatava süsteemi kujunemine ravikindlustusmaksetest rahastatavaks süsteemiks. Samaaegselt on üha enam tähelepanu saanud üldarstiabi ja rahvatervis.

Reformid, mis leidsid aset 1990ndatel aastatel, olid suunatud ravikindlustussüsteemi rakendamisele ja tervishoiusüsteemi detsentraliseerimisele. Reformide ajendiks on olnud eelkõige Eesti elanikkonna muutunud vajadused ning tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse tagamine.

Viimasel ajal on reformid siiski edasi arenenud. Näiteks kujundati haigekassa 2000. aastal ümber avalik-õiguslikuks juriidiliseks isikuks, Riigikogu võttis 2001. aastal vastu tervishoiuteenuste korraldamise seaduse uue versiooni ning 2002. aastal võeti vastu uus ravikindlustuse seadus. Kõnealuste muudatuste tulemusena on kõigil tervishoiuteenuse osutajatel seaduslik õigus tegutseda eraõiguse alusel, olenemata sellest, et enamikul juhtudel on asutused ikkagi riigi või omavalitsuste omandis. Peale selle sätestati võlaõigusseaduse vastuvõtmisega 2002. aastal uus õigussuhe patsientide ja teenuseosutajate vahel. Esmakordselt määratleti see suhe mõlema poole kohustusi sisaldava õiguslikult siduva lepinguna.

### **1.2.1. Ravikindlustussüsteem**

Ravikindlustussüsteem alustas Eestis 1991. aastal. 2001. aastal loodi seaduse alusel avalik-õiguslik Eesti Haigekassa, mis korraldab ravikindlustust rahastades kindlustatud isikute haiguste ennetamise ja ravi, ravimite ja meditsiiniliste abivahendite ostmist ning võimaldades neile ravikindlustushüvitisi. Eesti Haigekassa ja selle piirkondlike osakondade ülesanne on aidata kaasa ravistandardite ja ravijuhiste koostamisele, motiveerida tervishoiuasutusi arendama tervishoiuteenuste kvaliteeti. Lisaks sellele on haigekassa ülesandeks korraldada ravikindlustust ja ravikindlustust puudutavate välislepingute täitmist, osaleda tervishoiu planeerimisel, avaldada arvamust haigekassa ja ravikindlustusega seonduvate õigusaktide ja välislepingute eelnõude kohta ning anda nõu ravikindlustusega seonduvates küsimustes.

Eestis kehtib kohustuslik ravikindlustus. Kohustuslikuks nimetatakse ravikindlustust seetõttu, et seadusega on tööandjale pandud kohustus maksta kõigi töötavate inimeste eest sotsiaalmaksu, ettevõtlusega tegelevad üksikisikud peavad ise oma tulult sotsiaalmaksu maksma. Seega, 13% brutopalgalt suundub läbi maksuameti ravikindlustussüsteemi.

Eestis alaliselt või tähtajalise elamisloa alusel elavaid inimesi, kelle eest on makstud või kes ise on maksnud sotsiaalmaksu, nimetatakse kindlustatuteks.

Kindlustatute ülalpidamisel olevaid isikuid nimetatakse kindlustatutega võrdsustatuteks.

Eesti ravikindlustus on sotsiaalkindlustus ja see järgib solidaarsusprintsipi: haigestumise korral raviteenuse maksumus, mille haigekassa inimese eest raviasutusele tasub, ei sõltu konkreetse inimese eest makstud sotsiaalmaksu suurusest. Töötava elanikkonna eest makstud sotsiaalmaksust tasub haigekassa ka tõiseid sissetulekuid mitteomavatele inimestele osutatud raviteenuste eest<sup>2</sup>.

## 1.2.2. Tervishoiusüsteem ja teenused

### 1.2.2.1. Üldarstiabi

Haigestumise korral on inimese esimene kontaktisik perearst. Perearst osutab üldarstiabi ja annab nõu haigusi, vigastusi või mürgistusi ennetavate tegevuste osas kõigile tema nimistusse kuuluvatele inimestele. Vajadusel suunab perearst patsiendi õige eriarsti juurde konsultatsioonile või haiglasse.

Igal ravikindlustatud inimesel on olemas oma perearst, kelle ta on kas ise valinud või kes on talle määratud maavanema poolt. Kui inimene pole oma perearstiga rahul, on võimalik perearsti vahetada. Perearsti valitakse tavaliselt peamise elukoha järgi, kus arstiabi vajamise tõenäosus on kõige suurem. Vältimatu abi saamiseks võib pöörduda lähima perearsti poole kui viibitakse lähetuses, puhkusel jne ja oma perearst on kaugel<sup>3</sup>.

Perearst on enamasti psüühikahäirete esmadiagnoosija, levinumate kergemate psüühikahäirete ravija ja vajadusel patsiendi suunaja psühhiaatri konsultatsioonile või psühhiaatrilisele ravile. Perearst on ravi jätkaja nendel juhtudel, mil edaspidine ravi ei nõua tingimata pidevat eriarstlikku jälgimist<sup>4</sup>.

### 1.2.2.2. Eriarstiabi

Võrreldes varasemaga on haiglaravi kestus viimastel aastatel lühenenud ligi kaks korda. Uute ja efektiivsemate ravivõimaluste kasutuselevõtt on suurendanud võimalusi haigete raviks, kuid pannud samas ka senisest suurema vastutuse ja koormuse esmatasandi arstiabisüsteemile (üldarstiabile).

Vabariigi Valitsus kiitis 2003. aasta kevadel heaks haiglavõrgu arengukava. Haiglavõrgu arendamisel lähtutakse põhimõttest, et igal Eesti elanikul oleks võimalik kõrgeimal tasemel arstiabi osutavasse tervishoiuasutusse jõuda vähemalt ühe tunni jooksul.

Lisaks aktiivravile hõlmab eriarstiabi ka hooldus- ja taastusravi. Valminud nii hooldus- kui taastusravi arengukavad ning tehtud esimesed esimesed sammud nende rakendamiseks<sup>5</sup>.

<sup>2</sup> Ravikindlustus, [www.haigekassa.ee](http://www.haigekassa.ee)

<sup>3</sup> Arstiabi, [www.sm.ee](http://www.sm.ee)

<sup>4</sup> Psühhiaatria eriala arengukava, [www.sm.ee](http://www.sm.ee)

<sup>5</sup> Arstiabi, [www.sm.ee](http://www.sm.ee)



Psühhaatria kuulub eriarstiabi valdkonda ning seda defineeritakse kui arstieriala, mis tegeleb psüühikahäirete diagnostika, ravi, rehabilitatsiooni ja ennetamisega. Psühhaatrias on võimalik eristada lastepsühhaatriat kui alaeriala, mis tegeleb kuni 18-aastaste isikute psüühikahäirete diagnostika, ravi ja ennetamisega.

Psüühikahäirete diagnostika, ravi ja rehabilitatsioon toimuvad ambulatoorselt juhtudel, kus patsiendi pidev jälgimine diagnostilisel- või ravieesmärgil pole oluline või kui patsiendi psüühiline seisund võimaldab ravi haiglaväliselt. Valdav osa psühhaatrilisest abist Eestis on haiglaväline.

Statsionaarset psühhaatrilist abi rakendatakse valdavalt kas lühiajalise kriisiabina või keerukate diferentsiaal-diagnostiliste- ja raviprobleemide lahendamiseks. Statsionaarne diagnostika, ravi ja rehabiliteerimine on näidustatud juhtudel, kui psüühikahäire kindlakstegemiseks on vaja patsienti pidevalt teatud aja jooksul jälgida või kui patsient on sõltuvalt terviseseisundist enesele või teistele ohtlik või kui ta psüühikahäire tõttu pole võimeline väljaspool haiglat iseseisvalt toime tulema<sup>6</sup>.

#### 1.2.2.3. Kiirabi

Kiirabi kutsumiseks kehtib Eestis ühtne häirekeskuse telefoninumber 112. Kiirabi osutab esmast arstiabi kõigile Eesti Vabariigi territooriumil viibivatele inimestele, sõltumata nende rahvusest või kodakondsusest.

Alates 2002. aasta jaanuarist korraldab kiirabi tegevust, sõlmib kiirabibrigaadi pidajatega lepingud ja teostab järelevalvet Tervishoiuamet. Kui teised tervishoiuteenuste osutajad on Eestis eraõiguslikud, siis kiirabiteenust osutavad paralleelselt nii era- kui riiklikud kiirabibrigaadid. Üks kiirabibrigaad teenindab ca 15000 inimest ja teeb keskmiselt 6 visiiti ööpäevas<sup>7</sup>.

### 1.2.3. Sotsiaalne kaitse ja hoolekanne

Eestis on tunnustatud printsiip, et riik tagab oma kodanikele sotsiaalse kaitse, mis annab kindlustunde tuleviku suhtes ning võimaluse elada inimväärselt kogu elu. Sotsiaalse kaitse meetmed jagunevad sotsiaalkindlustuseks ja hoolekandeks.

Sotsiaalkindlustus on riigi poolt antav garantii, millega teatud sotsiaalsete riskide (surm, toitjakaotus, vanadus, töövõimetus, lapse sünn) realiseerumise korral tagatakse täiendav sissetulek või sissetulekute jätkumine vähemalt tasemel, mis peaks võimaldama inimväärselt äraelamist. Sotsiaalkindlustust rahastatakse nii kohustuslikest maksudest või maksetest kui ka vabatahtlikest maksetest.

Hoolekanne on toimingute süsteem, mille eesmärgiks on inimestele erinevate vabaduste kindlustamine ning inimressursi arendamise kaudu majanduse

<sup>6</sup> Psühhaatria eriala arengukava, [www.sm.ee](http://www.sm.ee)

<sup>7</sup> Arstiabi, [www.sm.ee](http://www.sm.ee)

arendamiseks paremate võimaluste loomine. Samal ajal suurendatakse sotsiaalset kaasatust, ennetatakse ja leevendatakse vaesust ja sotsiaalset tõrjutust.

Juba 1999. aastal Sotsiaalministeeriumis välja töötatud sotsiaalteenuste arendamise poliitika alusdokumendis käsitletakse sotsiaalpoliitiliste meetmete rakendamist kui investeringut inimestesse ja inimeste kaudu majandusse ning ühiskonda tervikuna. Hoolekandelisteks instrumentideks (toiminguteks) võivad olla nii sotsiaaltoetused kui -teenused.

Sotsiaalabina makstavaid toetusi eristab sotsiaalkindlustustoetustest asjaolu, et neid makstakse vaid siis, kui abistatav on puuduses. Õigus toetusele ja toetuse suurus sõltuvad individuaalsest abivajadusest.

Ajalooliselt väljakujunenud tava kohaselt on sotsiaalpoliitika väljatöötamisel ja elluviimisel kandev roll avalikul sektoril. Abi andmisel lähtutakse subsidiaarsuse põhimõttest, mille kohaselt avalikke kohustusi täidavad üldjuhul eelistatult kodanikule kõige lähemal seisvad võimuorganid ning esmalt rakendatakse abivajajale kõige lähemal oleva tasandi (esmatasandi) ressursse. Keskvõimul on seadusandlik otsustusõigus esmatasandi kohustuslike ülesannete kindlaksmääramisel<sup>8</sup>.

Iseseisev Eesti sai pänduseks institutsioonilise sotsiaalhoolduse süsteemi. Kuigi tervishoid ja sotsiaalhooldus olid teoreetiliselt rangelt eraldatud, viibis tegelikult palju krooniliste haigustega inimesi hooldekodudes ning paljusid sotsiaalselt ebasoodsas olukorras inimesi hoiti pikka aega haiglates. Füüsilist ja vaimset puuet peeti tabuteemaks ning enamik puudega inimesi pandi hooldeasutustesse isegi siis, kui nad mõõdukalt abistatutena oleksid võinud elada kogukonnas.

Kui tervishoiusüsteem pärast taasiseseisvumist ümber korraldati, töötati välja ka uus sotsiaalteenuste kontseptsioon, mille eesmärk oli vähendada hooldeasutuste osakaalu ja need ümber struktureerida ning välja kujundada avatud ehk kogukonnale rajatud hooldus. 1995. aasta sotsiaalhoolekande seadusega määratleti sotsiaalhoolekande eesmärk, mis seis neb abi osutamises üksikisikutele või peredele, et nii ametliku kui mitteametliku sotsiaalhoolduse abil ära hoida raskused või neid vähendada, ning abistada erivajadustega üksikisikuid sotsiaalkindlustuse ja sotsiaalhoolduse saamisel ning aidata neil kohaneda eluga kogukonnas<sup>9</sup>.

Sotsiaalministeeriumis ette valmistatud ning 2004. aasta kevadel Vabariigi Valitsuses heakskiidu leidnud hoolekande kontseptsioon (vt [www.sm.ee](http://www.sm.ee)) määratleb Eesti hoolekandepoliitika üldised alused ja meetmed olukorra parendamiseks lähiaastatel. Muudatuste kavandamisel on arvestatud ühiskonna ootuste ning põhiseaduses ja rahvusvahelistes dokumentides sätestatud sotsiaalsete õigustega. Kontseptsioonis toodud meetmete rakendamine võimaldab arendada uusi töömeetodeid, edendada klienditeenindust, kasutada tulemuslikumalt inim- ja finantsressursse.

<sup>8</sup> Sotsiaalhoolekanne, [www.sm.ee](http://www.sm.ee)

<sup>9</sup> Heath Care Systems in Transition 2004, [www.sm.ee](http://www.sm.ee)

Samas, kehtiv sotsiaalhoolekande seadus on institutsioonikeskne ega loo piisavalt tõhusat õiguslikku alust individuaalsete vajaduste parimaks rahuldamiseks. Valikute puudumise tõttu on piiratud paljude inimeste vabaduste ja õiguste realiseerimine, kõigile ei ole tagatud inimväärne äraelamine.

1998. aastal kinnitas sotsiaalminister erihoolduse arendamise programmi aastateks 1998-2002. Selle missiooniks oli erihooldekodudes elavate ja/või seda vajavate inimeste elukvaliteedi parandamine erihooldekodude ja erihooldus- ning rehabilitatsiooniteenuste võrgustiku korrastamise ja arendamise ning kvaliteedi edendamise kaudu. Programmi tulemustest on olulisemad alljärgnevad:

- viidi läbi kõigi erihooldekodudes ja psühhiaatrilisel pikaravil viibivate inimeste (kokku ca 3000 inimese) toimetulekuvõimekuse hindamine spetsiaalselt selleks otstarbeks väljatöötatud hindamisinstrumendi abil;
- mitmetes erihooldekodudes parandati märkimisväärselt elamis- ja olmetingimusi, statsionaarsete kohtade arv vähenes 5% võrra;
- mitmetes maakondades ja regioonides valmistati ette strateegilised plaanid erihoolduse arendamiseks;
- rehabilitatsioonialane ja rehabilitatsioonile orienteeritud tegevus tähtsustus oluliselt.
- programmi põhimõtteid järgides alustati psüühikahäiretega inimestele suunatud sotsiaalteenuste reformimisega 1999. aastal, täna kasutatava teenuste süsteemi põhialused valmisid lõplikult 2001. aastal<sup>10</sup>.

#### 1.2.4. Psühholoogiline nõustamine ja kriisiabi

Selle teema all on vaimse tervise kontekstis põhjust rääkida eelkõige psühholoogilisest nõustamisest ja abist kriisiolukorras.

Sotsiaalministeerium viis veebruaris-märtsis 2005 läbi veebipõhise nõustamisteenuste kaardistamise küsitluse, mis oli suunatud kõigile nõustamisteenust osutavatele organisatsioonidele ja asutustele nii riiklikus, era- kui ka kolmandas sektoris<sup>11</sup>.

Küsitluse eesmärgiks oli kaardistada sotsiaalnõustamisega seonduvat olukorda Eestis. Sooviti saada ülevaadet teenuste osutamise olukorrast, hulgast, kvaliteedist ning muudest seonduvatest teguritest. Nõustamisteenustena käsitleti kõnealuses küsitluses eeskätt sotsiaalnõustamise alla kuuluvaid nõustamisliike: kriisinõustamine, psühholoogiline nõustamine, juriidiline nõustamine, sotsiaalnõustamine, lepitusteenus, pastoraalnõustamine.

Kuna küsitlusele vastas oodatust oluliselt vähem organisatsioone, ei saa esitatud tulemusi kogu Eestile üldistada, küll aga võib teatud hinnanguid nõustamisteenuste pakkumist iseloomustavale olukorrale siiski anda.

<sup>10</sup> Sotsiaalteenuste poliitika arendamise alusdokument, [www.sm.ee](http://www.sm.ee)

<sup>11</sup> Nõustamisteenuste kaardistamine (Sotsiaalministeerium, 2005)

Psühholoogilise nõustamise puhul vastas küsimustele 69 erineva organisatsiooni esindajat. Nõustuti, et psühholoogiline nõustamine suunatud inimese isiksusest ja suhetest tingitud toimetulekuprobleemide ennetamiseks ja lahendamiseks ning selle põhieesmärgiks on tõsta kliendi toimetuleku- ja kohanemisvõimet väärtushinnangute ja enesehinnangu korrigeerimise, mõtte- ja käitumismustrite muutmise ning suhtlemisostkuste täiustamise abil.

Psühholoogilise nõustamise puhul moodustavad naised klientidest keskmiselt 66% ja mehed 34%. Vanusgruppide jaotuse puhul oli kõige suurema osakaaluga 18-45-aastased isikud.

Keskmiselt hinnatakse nõudlust psühholoogilise nõustamisteenuse järgi suhteliselt kõrgeks, teenuse kättesaadavust hinnati pigem keskpäraseks ning nõudlusele vastavat teenuse hulka pigem väheseks. Seega võib öelda, et nõudlus psühholoogilise nõustamise järele on suhteliselt suur, kuid kättesaadavus ja piisavus võiksid olla suuremad.

Kriisinõustamise puhul saadi vastuseid 65 erineva organisatsiooni esindajatelt, kes kõik nõustusid väljapakutud definitsiooniga, mille kohaselt on kriisinõustamise eesmärgiks taastada inimese psüühiline tasakaal ja toimetulek igapäevaelus ning vajadusel teavitada abivajajat meditsiinilise ja sotsiaalse abi saamise võimalustest. Definitsiooni kohaselt rakendatakse kriisinõustamist leina, haiguste, arengu- ja olukorrakriiside lahendamiseks.

Mehed moodustava kriisinõustamise klientidest 28% ning naised 72%. Vanusrühmade jaotuses on suurima osakaaluga 18-45-aastased isikud.

Hinnates kriisinõustamise vajadust, kättesaadavust ja teenuse mahu piisavust nõudluse seisukohalt selgus, et nõustamisliik on pigem ebapiisavalt kättesaadav vajaduse hulka silmas pidades.

Nii psühholoogilist kui kriisinõustamist osutatakse kas teenuse pakkuja juures kohapeal, telefoni või interneti teel. Sotsiaalministeeriumi ja erainitsiatiivi toetusel käivitas Assotsiatsiooni Usaldus 2000. aastal üleriigilise telefoni tasuta lühinumbril (126) ööpäevaringselt kättesaadava ja Ülemaailmse Vältimatu Psühholoogilise Abi Telefonide Föderatsiooni normidele vastava vältimatu psühholoogilise abi teenuse nii eesti kui vene keeles.

Igal inimesel võimalik helistades saada ühtlase kvaliteediga vältimatut psühholoogilist abi. Helistamine on tasuta, nõustamine professionaalne ja maksimaalselt anonüümne kuna telefonikonsultantide võrgustik paikneb hajutatult üle kogu vabariigi. Ööpäevaringselt töötavasse ühtsesse lühinumbril süsteemi on integreeritud piirkondlikud usaldustelefonid.

Lisaks sellele osutatakse psühholoogilist nõustamist ja kriisiabi telefoni ning interneti teel veel paljude teiste organisatsioonide poolt (nt Eluliin).

### 1.2.5. Kodanikualgatus

Psühhikahäiretega inimeste poolt või nende toetuseks moodustatud valitsusväliseid organisatsioone on Eestis vähe, seetõttu on ka eneseabigruppide roll vaimse tervise poliitika mõjutamisel olnud tagasihoidlik. Ajaliselt varem hakkasid arenema organisatsioonid, mille tegevus on suunatud vaimupuudega inimestele. Sarnane on trend olnud ka mujal maailmas.

Eesti Vaimupuudega Inimeste Tugiliit (lüh EVPIT) on 1990. aastal loodud vaimupuudega inimesi toetavate organisatsioonide liit, millel on 22 liiget (vt [www.vaimukad.ee](http://www.vaimukad.ee)). Tugiliidu missiooniks on parandada vaimupuudega inimeste positsiooni ühiskonnas. Liidu koolitus- ja nõustamiskeskus korraldab erinevaid kursusi, seminare ja vabahariduslikke koolitusi, päevakeskus pakub vaba aja veetmise võimalusi vaimupuudega inimestele ning osutab kohalike omavalitsuste tellimisel vajadusel ka muid teenuseid (näiteks isikliku abistaja, igapäevaelu toetamise ja juhtumikorralduse teenus). Tugiliit esindab Eesti vaimupuudega inimestega tegelevaid organisatsioone mitmetes rahvusvahelistes ja siseriiklikes organisatsioonides: Inclusion International, Inclusion Europe, Eesti Puuetega Inimeste Koda, Eesti Mittetulundusühingute- ja Sihtasutuste Liit, Eesti Vabaharidusliit<sup>12</sup>.

Psüühikahäiretega isikute poolt moodustatud eneseabigrupid ja vaimse tervise tugigrupid asuvad enamasti suuremates linnades (vt [www.hot.ee/vaimsetervisetugigrupid](http://www.hot.ee/vaimsetervisetugigrupid)). Näiteks Tallinnas Merimetsa Tugikeskuses ja Tallinna Vaimse Tervise Keskuses, Tartus tegutseb Kodanike Ühendus Davy.

1999. aastal loodi Eesti Psüühikahäiretega Inimeste Toetajate Ühendus (lüh EPITÜ). Momendil toimub töö Tallinnas ja Tartus, kuid on teada, et pereliikmed käivad koos ka Hiiumaal, Jõgeval, Viljandis ja Põlvas. Organisatsiooni eesmärgiks on kaitsta haigete ja nende pereliikmete õigusi, arendada psüühiliselt haigete inimeste iseseisvust ning tõsta haigete ja nende lähedaste elukvaliteeti. EPITÜ on Ülemaailmse Skisofreeniaühingu liige<sup>13</sup>.

1992. aastal viidi Sotsiaalministeeriumi poolt läbi uurimus (psüühikahäiretega inimestele hooldamisteenust pakkuvate) erihooldusasutuste kohta. Leiti mitmeid puudusi inimõiguste tagamise osas. Uurimistöö soovitude osas märgiti muuhulgas, et Eestis võiks alustada programmiga, mis aitaks vaimse tervise teenuse tarbijatel väljendada oma soove ning realiseerida õigusi. 1993. aastal andis Kanada Ida-Euroopa Abistamise Fond Sotsiaalministeeriumile finantseeringu Patsiendi Nõustamise Programmi algatamiseks. 1994. aastal registreeriti Patsientide Nõustamise Programm iseseisva mittetulundusühinguna, mille nimeks sai Psühhiaatriliste Patsientide Esindusühing<sup>14</sup>.

Tänaseks on ühingu tegevusvaldkond laienenud, lisaks psüühikahäiretega klientidele esindatakse ka teisi tervishoiu- ja hoolekandeteenuste tarbijaid. Ühing

<sup>12</sup> [www.vaimukad.ee](http://www.vaimukad.ee)

<sup>13</sup> [www.zone.ee/epity](http://www.zone.ee/epity)

<sup>14</sup> [www.epey.ee](http://www.epey.ee)

kannab nimetust Eesti Patsientide Esindusühing (lüh EPE), tema tegevuse eesmärgiks on aidata kasutada ravi- ja hoolekandeteenuseid tarbivatele inimestel põhiseaduse ning teiste õigusaktidega sätestatud õigusi. Ühingul on neli kontorit – Tallinnas, Tartus, Pärnus ja Viljandis.

Alates 2002. aasta märtsist tegutseb EPE eestvedamisel vaimse tervise poliitika foorum “Meie ise otsustame”. Foorumi eesmärgiks on määratleda vaimse tervisega seotud probleemid piirkonniti ning algatada konkreetseid tegevusi nende lahendamiseks. Foorumi liikmed on erinevad vaimsest tervisest huvitatud osapooled – teenuste tarbijad, nende pereliikmed, sotsiaaltöötajad, organisatsioonide esindajad, psühhiaatrid, ametnikud, ka ajakirjanikud. Foorumi põhimõtteks on tarbijakeskne lähenemine, 33% osalejatest moodustavad teenuste tarbijad. Foorumi erinevad algatused on tugevdanud vaimse tervise võrgustikku ning aktiveerinud teenuse tarbijaid, sisendanud neisse eneseusku ja tegutsemistahet.

Analoogsed foorumid alustasid tegevust veel Rumeenias, Bosnias, Armeenias ja Kõrgõstanis. Kõik need olid osa laiemast programmist, mis on tänaseks lõppenud ning mida koordineeris Inglismaal asuv rahvusvaheliselt tegutsev vaimse tervise organisatsioon Hamlet Trust. Momendil otsib foorum uut tegutsemisvormi ning finantseerijat.

## **2. Poliitika ja õiguslik raamistik**

### **2.1. Vaimse tervise valdkonda reguleeriva seadusandluse lühiülevaade**

Vaimse tervise valdkonda reguleerivad suuremal või vähemal määral alljärgnevad seadused ja seadustikud (tähestikulises järjekorras):

- Alaealiste mõjutusvahendite seadus (algne jõustumiskuupäev 01.09.1998);
- Eesti Haigekassa seadus (01.10.2000);
- Kohtuekspertiisiseadus (01.01.2002);
- Kriminaalmenetluse seadustik (01.07.2004);
- Kriminaalmenetluse seadustiku rakendamise seadus (01.07.2004);
- Perekonnaseadus (01.01.1995)
- Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seadus (01.01.2000);
- Psühhiaatrilise abi seadus (12.02.1997);
- Rahvatervise seadus (14.06.1995);
- Ravikindlustuse seadus (01.10.2002);
- Ravimiseadus (16.12.2004);
- Riikliku pensionikindlustuse seadus (01.01.2002);
- Sotsiaalhoolekande seadus (01.04.1995);
- Sotsiaalmaksu seadus (01.01.2001);
- Tervishoiuteenuste korraldamise seadus (01.01.2002);
- Tsiviilkohtumenetluse seadustik (01.09.1998, uus alates 2006)
- Tsiviilseadustiku üldosa seadus (01.07.2002);
- Töötu sotsiaalse kaitse seadus (01.10.2002);
- Võlaõigusseadus (01.07.2002);
- Võlaõigusseaduse, tsiviilseadustiku üldosa seaduse ja rahvusvahelise eraõiguse seaduse rakendamise seadus (01.07.2002).

Kõigi loetletud õigusaktide täistekstidega on võimalik tutvuda elektroonilises Riigi Teatajas [www.riigiteataja.ee](http://www.riigiteataja.ee). Allpool veidi lähemalt olulisematest vaimse tervise valdkonda reguleerivatest seadustest, taas tähestikulises järjekorras.

#### **2.1.1. Kohtuekspertiisi seadus**

Kohtuekspertiisiseadus võeti vastu 30.05.2001, see jõustus 01.01.2002. Viimati muudeti seadust 2005. aastal.

Kohtuekspertiisiseaduses sätestatakse kohtuekspertiisi, riikliku ekspertiisiasutuse ja riiklikult tunnustatud eksperdi õiguslik seisund ning eksperdi õiguste ja kohustuste tekke alused kriminaal-, tsiviil- ja halduskohtumenetluses ning haldusõiguserikkumise asja menetluses.

Seadus koosneb kuuest peatükist ning reguleerib muu hulgas ka kohtusühhiaatriliste ekspertiiside teostamist.

## 2.1.2. Perekonnaseadus

Perekonnaseadus võeti vastu 12.10.1994, see jõustus 01.01.1995. Viimati muudeti seadust 2005. aastal.

Muu perekonnaõiguse valdkonnas olulise hulgas sätestab seadus ka eestkoste ja hoolduse seadmise. Vaimse tervise kontekstis on märkimisväärne eestkoste seadmine täisealise piiratud teovõimega isiku varaliste ja isiklike õiguste ning huvide kaitseks.

Eestkostet vajava isiku abikaasa, sugulased ja hõimlased, samuti kohtunik, politseinik, raviautuse juht, perekonnaseisuameti ametnik, prokurör või muu ametiisik, kellel on andmeid eestkostet vajava isiku kohta, on kohustatud sellest teatama isiku elukoha järgsele eestkosteasutusele. Eestkoste seadmise otsustab kohus eestkosteasutuse või isiku, kelle üle eestkoste seatakse, avalduse alusel. Eestkoste seadmise otsustamiseks vajalikud andmed kogub ja valmistab ette eestkosteasutus, samuti korraldab eestkostet eestkosteasutus.

Eestkostet teostab kohtu poolt määratud eestkostja. Ettepaneku isiku määramiseks eestkostjaks teeb eestkosteasutus. Isikut võib eestkostjaks määrata üksnes tema kirjalikul nõusolekul. Eestkostja valikul tuleb arvestada isiku omadusi ja võimeid eestkostja kohustuste täitmiseks ning tema suhteid isikuga, kelle üle eestkoste seatakse. Eestkostja määramisel arvestatakse piiratud teovõimega isiku soovi. Eestkostjaks ei või olla:

- ┆ alaealine;
- ┆ piiratud teovõimega isik;
- ┆ isik, kellelt vanema õigused on ära võetud või kellelt on laps ära võetud vanema õiguste äravõtmiseta;
- ┆ eestkostja või hooldaja kohustuste täitmisest kõrvaldatud isik;
- ┆ isik, kes muul põhjusel ei ole võimeline täitma eestkostja kohustusi.

Eestkostja on eestkostetava seaduslik esindaja, kes on kohustatud hoolitsema eestkostetava ja tema ülalpidamise eest ning lähtuma oma tegevuses eestkostetava huvidest.

Eestkostja on kohustatud andma eestkosteasutusele aru eestkostja ülesannete täitmise kohta iga-aastase kirjaliku aruande näol. Kui eestkostja jätab oma ülesanded täitmata või ei täida neid nõuetekohaselt, lõpetab kohus eestkostja volitused eestkosteasutuse nõudel. Kui langevad ära eestkoste seadmise eeldused, peab eestkostja esitama kohtule avalduse eestkoste lõpetamiseks. Avalduse võib esitada ka eestkosteasutus.

Hoolduse seab mingi toiminguga või teatud toimingute tegemiseks täisealisele teovõimelisele isikule, kes vaimsete või kehaliste puuete tõttu vajab abi oma õiguste teostamisel ja kohustuste täitmisel, eestkosteasutus. Hooldust teostab eestkosteasutuse poolt määratud hooldaja. Hooldus seatakse ja hooldaja määratakse hooldatava nõusolekul. Hooldaja ei ole hooldatava seaduslik esindaja.



Eestkosteasutus lõpetab hoolduse, kui seda soovib hooldatav või kui on ära langenud hoolduse seadmise alus.

Alates 2006. aastast hakkab eestkostet reguleerima tsiviilkohtumenetluse seadustik (vt 2.1.7.)

### 2.1.3. Psühhiaatrilise abi seadus

Psühhiaatrilise abi seadus võeti vastu 12.02.1997, see jõustus 16.03.1997. Viimati muudeti seda 2002. aastal.

Seadus reguleerib isikule psühhiaatrilise abi andmise korda ja tingimusi ning isikule psühhiaatrilise abi andmisel tekkivaid suhteid tervishoiuasutustega, sätestab riigi ja kohaliku omavalitsuse kohustused psühhiaatrilise abi korraldamisel ning isiku õigused psühhiaatrilise abi saamisel.

Seadus koosneb viiest sisulisest peatükist: üldsätted (seaduse reguleerimisala, mõisted, psühhiaatrilise abi vabatahtlikkus, isiku õigused psühhiaatrilise abi saamisel, psüühikahäirete diagnostika ning psüühikahäirega isiku ravi), psühhiaatrilise abi korraldus, vältimatu psühhiaatriline abi, psühhiaatriaekspertiis ning kohtu poolt psühhiaatriahaiglasse paigutatud isiku ravi, finantseerimine.

Psühhiaatrilise abi seaduse uus redaktsioon on kavas jõustada 2007. aastal.

### 2.1.4. Rahvatervise seadus

Rahvatervise seadus võeti vastu 14.06.1995, see jõustus 21.07.1995. Viimati muudeti seadust 2004. aastal.

Seaduse eesmärk on inimese tervise kaitsmine, haiguste ennetamine ja tervise edendamine, mis saavutatakse riigi, omavalitsuse, avalik- ja eraõigusliku juriidilise isiku ning füüsilise isiku kohustustega ning riiklike ja omavalitsuslike abinõude süsteemiga.

Seadus koosneb neljast peatükist, vaimset tervist käsitletakse teiste valdkondade hulgas kaudselt neis kõigis, kuid olulisemad on paragrahvid 5 ja 6, milles on loetletud haiguste ennetamise ja tervise edendamise vahendid.

### 2.1.5. Sotsiaalhoolekande seadus

Sotsiaalhoolekande seadus võeti vastu 08.02.1995, see jõustus 01.04.1995. Viimati muudeti seadust 2005. aastal. Sotsiaalhoolekande seadus on üks neist vähestest seadustest, mida on muudetud Riigikohtu põhiseaduslikkuse järelevalve kolleegiumi kohtuotsusega (toimetulekutoetuse maksmisel arvesse võetavate eluasemekulude osas).

Sotsiaalhoolekande seadus sätestab sotsiaalhoolekande organisatsioonilised, majanduslikud ja õiguslikud alused ning reguleerib sotsiaalhoolekandes tekkivaid suhteid.

Seadus koosneb seitsmest sisulisest peatükist: üldsätted (seaduse ülesanne, mõisted, sotsiaalhoolekande põhimõtted ja ülesanded, sotsiaalhoolekande subjekt), sotsiaalhoolekande korraldus, sotsiaalteenused, sotsiaaltoetused, sotsiaalsete erivajadustega isikute kaitse, asjaajamise kord, sotsiaalhoolekande finantseerimine ja kulude hüvitamine. Vaimse tervise kontekstis on tähtsaim sotsiaalteenuseid reguleeriv peatükk.

Sotsiaalteenusteks on:

- sotsiaalnõustamine;
- rehabilitatsiooniteenus;
- proteeside, ortopeediliste ja muude abivahendite andmine;
- koduteenused;
- eluasemeteenused;
- hooldamine perekonnas;
- hooldamine hoolekandeesutuses;
- toimetulekuks vajalikud muud sotsiaalteenused.

Kõige olulisem on neist 2005. aastal loetellu lisandunud rehabilitatsiooniteenus, mis on isiku iseseisva toimetuleku, sotsiaalse integratsiooni ja töötamise või tööle asumise soodustamiseks osutatav teenus. Selle raames koostatakse isikule isiklik rehabilitatsiooniplaan, osutatakse plaanis märgitud teenuseid ning juhendatakse isikut, kuidas rehabilitatsiooniplaanis kirjeldatud tegevusi ellu viia.

Samas on olulised ka paragrahvid 19 (isiku nõusolekuta hooldamine) ja 20 (hoolekandeesutuses viibiva isiku õiguste piiramine).

Isik paigutatakse hoolekandeesutusse tema enda või tema seadusliku esindaja nõusolekuta kohtuotsuse alusel järgmiste asjaolude üheaegsel esinemisel:

- isik on vaimuhaige või alkohoolik või narkomaan;
- hoolekandeesutusse paigutamata jätmise korral on ta endale või teistele ohtlik;
- varasemate abinõude rakendamine ei ole osutunud küllaldaseks või muude abinõude kasutamine ei ole võimalik.

Taotlus isiku hoolekandeesutusse paigutamiseks tema nõusolekuta võidakse kohtule esitada koos taotlusega isikule piiratud teovõime tõttu eestkostja määramiseks. Kohtuotsuse alusel võib isiku paigutada hoolekandeesutusse kuni üheks aastaks. Kui nimetatud tähtaja möödumisel ei ole ära langenud asjaolud, mis tingisid isiku nõusolekuta hoolekandeesutusse paigutamise, võib kohus eestkostesutuse vastava taotluse alusel teha otsuse isiku hoolekandeesutuses hooldamise tähtaja pikendamise kohta ühe aasta kaupa.

Hoolekandeesutus peab tagama seal viibivate isikute eraelu puutumatuse, välja arvatud järgmised erandid:

- ┆ hoolekandeesutuses viibiva isiku valduses ei tohi olla narkootilisi aineid, nende kasutamisega seotud vahendeid või muid elu ja tervist ohustavaid aineid või vahendeid;
- ┆ teabe korral, et hoolekandeesutuses viibiva isiku valduses on või temale adresseeritud posti- või muu saadetus sisaldab eespool loetletud aineid või vahendeid, tuleb isik hoolekandeesutuse juhataja loal läbi otsida või temale adresseeritud posti- või muu saadetus läbi vaadata;
- ┆ õigust vabalt liikuda võib hoolekandeesutuse juhataja või tema asendaja otsuse alusel piirata vaid sel määral, kui see on vajalik isiku järelevalvetuse ärahoidmiseks ning teiste isikute õiguste ja vabaduste kaitseks;
- ┆ hoolekandeesutuses viibiv isik võidakse hoolekandeesutuse juhataja või tema asendaja otsuse alusel eraldada teistest asutuses viibivatest isikutest, kui ta on endale või teistele ohtlik, kuid mitte kauemaks kui 24 tunniks. Eraldatud isik peab olema hoolekandeesutuse töötajate pideva järelevalve all.

Alates 2006. aastast hakkab eestkostet ja isiku paigutamist kinnisesse asutusse reguleerima tsiviilkohtumenetluse seadustik (vt 2.1.7).

### 2.1.6. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus

Tervishoiuteenuste korraldamise seadus võeti vastu 09.05.2001, see jõustus osaliselt 01.01.2002, 01.01.2003 ja 01.01.2005. Viimati muudeti seadust 2005. aastal.

Seadus sätestab tervishoiuteenuste osutamise korralduse ja nõuded ning tervishoiu juhtimise, rahastamise ja järelevalve korra. Seadust ei kohaldata tervishoiuteenuste osutamise korraldusele kaitsevæes, välja arvatud tervishoiutöötajate registreerimise ning ruumide, sisseseadete ja aparatuuri järelevalve osas. Samas kohaldatakse seadust tervishoiuteenuste osutamise korraldusele vanglates koos vangistusseadusest tulenevate erisustega.

Seadus koosneb kuuest sisulisest peatükist: üldsätted (seaduse reguleerimisala, tervishoiuteenus, tervishoiutöötaja, tervishoiuteenuse osutaja), tervishoiuteenuste osutamise korraldus (vältimatu abi, üldarstiabi, kiirabi, eriarstiabi, õendusabi), tervishoiuteenuste osutamiseks esitatavad nõuded, tervishoiu rahastamine, tervishoiu juhtimine, järelevalve). Üldises mõttes on neist vaimse tervise kontekstis olulised kõik.

### 2.1.7. Tsiviilkohtumenetluse seadustik

Seadustiku 2006. aastal kehtima hakkav redaktsioon võeti vastu 20.04.2005, see jõustub 01.01.2006.

Seadus on väga mahukas, reguleerides muu hulgas ka täisealisele piiratud teovõimega isikule eestkosta määramist ning isiku kinnisesse asutusse suunamist.

Ning kuna seadus muudab oluliselt kehtivat eestkoste seadmise ning tahtevastaselt asutusse paigutamise korda, käsitletakse seda alljärgnevalt üksikasjaliselt.

Kohus määrab eestkoste seadmise menetluseks piiratud teovõimega täisealisele isikule esindaja, kui see on isiku huvides vajalik. Kohus määrab isikule esindaja eelkõige, kui teda ei esinda tsiviilkohtumenetlusteovõimeline isik ja kui:

- kohus ei pea isikut ennast menetluses ära kuulama;
- eestkoste kavatakse seada isiku kõigi või enamuse tema asjade ajamiseks;
- eestkostja pädevust laiendatakse;
- menetluse esemeks on eestkostja nõusoleku andmine isiku steriliseerimiseks.

Esindaja määratakse iga kohtuastme jaoks eraldi, kuid esindajal on esindusõigus ka määruskaebuse esitamiseks ja põhjendamiseks. Kohus võib määrusega rakendada esialgset õiguskaitset ja määrata muu hulgas ajutise eestkostja, kui:

- võib ilmselt eeldada, et eestkostja määramise tingimused on täidetud ja viivitusega kaasneks oht eestkostet vajava isiku huvidele ja
- isikule on määratud menetluses esindaja ja
- isik on isiklikult ära kuulatud.

Isiku võib ära kuulata ka erinõude alusel tegutsev kohtunik. Isikut ei pea ära kuulama, kui see ilmselt kahjustaks oluliselt tema tervist või kui ta ilmselt ei suuda tahet avaldada. Ajutise eestkostja valikul ei pea arvestama avaldaja tahet ega seaduses eestkostjale ettenähtud nõudeid.

Ajutist eestkostjat ei või määrata kauemaks kui kuueks kuuks. Pärast ekspertarvamuse saamist täisealise isiku vaimse seisundi kohta võib tähtaega pikendada kuni ühe aastani.

Kui kohtul on andmeid isiku vaimuhaiguse või nõrgamõistuslikkuse kohta või sellekohane kahtlus, määrab kohus kohtupsühhiaatriaekspertiisi eestkostja määramise vajalikkuse kohta. Ekspert peab isiku enne arvamuse koostamist isiklikult läbi vaatama või teda küsitlema.

Isik, kelle suhtes ekspertiis on määratud, on kohustatud eksperdi juurde ilmuma. Kui isik, kelle suhtes määrati ekspertiis, ei ilmu eksperdi juurde, võib kohus pärast psühhiaatri arvamuse ärakuulamist kohaldada isiku eksperdi juurde toimetamiseks sundtoomist. Kohus võib pärast eksperdi ärakuulamist määrata, et isik paigutatakse kuni üheks kuuks raviastutusse vaatlusele, kui see on ekspertiisi tegemiseks vajalik. Enne määruse tegemist tuleb isik ära kuulata. Kohus võib vajaduse korral pikendada määrusega isiku raviastutusse paigutamise aega kuni kolme kuuni ja rakendada isiku suhtes sundtoomist.

Kui eksperdi arvates tuleb kõne alla eestkostja määramine, peab ta ekspertarvamuses märkima ka eestkostja ülesannete ringi ja eeldatava aja, mille kestel isik eestkostet vajab.

Ekspertiisi ei pea määrama, kui:

- eestkostja määramise avalduse esitas eestkostet vajav isik ise ning avaldusele on lisatud tema tervislikku seisundit kajastavad dokumendid ja

- ┆ isik loobub ekspertiisi tegemise õigusest ja
- ┆ ekspertiisi tegemine on eestkostja ülesannete mahtu arvestades ebamõistlikult kulukas või töömahukas.

Kohtu korraldusel kogub ja esitab eestkostet vajava isiku elukohajärgne valla- või linnavalitsus kohtule eestkoste seadmiseks vajalikud andmed. Valla- või linnavalitsus annab menetluses oma arvamuse, muu hulgas selle suhtes, keda määrata eestkostjaks ja eestkostja ülesannete ringi muutmise või eestkostja muutmise kohta.

Kohus kuulab isiklikult ära isiku, kellele eestkoste seadmist menetletakse. Kohus kuulab isiku ära isiku tavalises keskkonnas, kui isik seda nõuab või kui see on kohtu arvates asja huvides vajalik ja isik sellele vastu ei vaidle. Isikule tuleb menetluse käiku selgitada.

Kohus võib ära kuulamisele kaasata eksperdi. Isiku nõudel tuleb talle võimaldada tema usaldusisiku juuresolekut. Kohus võib ära kuulamise juurde lubada ka muid isikuid, kui eestkostet vajav isik sellele vastu ei vaidle. Kohus võib ära kuulamise anda erinõude alusel tegutsevale kohtule üksnes juhul, kui on ilmne, et kohus võib ära kuulamisega saadud teavet ka isikliku kogemusega hinnata. Kohus võib vajaduse korral kohaldada ära kuulamiseks eestkostet vajava isiku sundtoomist.

Kohus ei pea eestkostet vajavat isikut isiklikult ära kuulama, kui:

- ┆ sellest võivad ekspertarvamuse kohaselt tuleneda isiku tervisele kahjulikud tagajärjed;
- ┆ kohus on vahetu mulje põhjal veendunud, et isik ei ole ilmselt võimeline oma tahet avaldama.

Kohus arutab isikuga, kellele eestkoste seadmist menetletakse, tema ära kuulamise tulemusi, ekspertarvamusel või tema tervislikku seisundit kajastavates dokumentides esitatud, võimaliku eestkostja valikut ja eestkostja ülesannete ringi ulatuses, milles see on vajalik isiku õigusliku ära kuulamise tagamiseks või asjaolude selgitamiseks. Kohus küsib menetluses üldjuhul ka isiku, kellele eestkoste seadmist menetletakse, abikaasa, vanemate, kasuvanemate ja laste arvamust, välja arvatud, kui isik vaidleb sellele mõjuval põhjusel vastu. Eestkostet vajava isiku taotlusel võib arvamust küsida ka muult lähedaselt isikult, kui see ei venita oluliselt menetlust. Kohus kuulab enne eestkostja määramist ära ka isiku, kelle eestkostjaks määramist taotletakse või keda kohus kavatses eestkostjaks nimetada, ja võimaliku avaldaja.

Kohus määrab piiratud teovõimega täisealisele isikule eestkostja määrusega. Määruses märgitakse isik, kellele eestkostja määratakse, eestkostjaks määratud isik või asutus, eestkostja ülesanded, kas ja milliseid tehinguid võib piiratud teovõimega isik teha eestkostja nõusolekuta, aeg, millal kohus hiljemalt otsustab eestkoste lõpetamise või pikendamise. See aeg ei või olla pikem kui kolm aastat määruse tegemisest alates. Eestkoste seadmise määrus annab eestkostjale eestkostetava esindamise õiguse. Kui kohus seab eestkoste eestkostetava kõigi asjade ajamiseks või kui eestkostja ülesannete ringi selliselt laiendatakse, loetakse

lisaks, et eestkostetav on tunnistanud valimisõiguse tähenduses teovõimetuks ja ta kaotab hääleõiguse.

Kui eestkostja või eestkostetav seda taotleb või kohus peab seda vajalikuks, määrab kohus eestkoste seadmisel või hiljem kindlaks ka:

- ┆ eestkostjale eestkostetava arvel makstava tasu suuruse ja hüvitatavad kulud ning nende võimaliku ettemaksu suuruse;
- ┆ eestkostjale riigi arvel hüvitatavad kulud ja makstava tasu ning nende võimaliku ettemakse suuruse, kui vastavalt seadusele võib nõuda nende maksmist riigilt;
- ┆ maksetähtaja ja maksete suuruse, mida eestkostetav peab riigi poolt eestkostjale makstava raha katteks riigile tasuma.

Eestkostja ülesannete muutmisele ja uue eestkostja määramisele, samuti eestkostja ametiaja pikendamisele kohaldatakse eestkostja määramise kohta sätestatud. Kui eestkostja ülesannete ringi ei laiendata oluliselt või kui eestkoste määramise aluseks olevast ekspertiisist on möödunud vähem kui kuus kuud, ei pea kohus nimetatud toiminguid enam tegema, kuid peab ära kuulama eestkostetava. Eestkostja ametiaja pikendamisel ei pea eestkostetavale ekspertiisi tegema, kui eestkostetava ärakuulamisest ja tema tervislikku seisundit kajastavatest dokumentidest ilmneb, et eestkoste vajadus ei ole ära langenud.

Kohus lõpetab eestkoste, kitsendab eestkostja ülesannete ringi või laiendab eestkostetava iseseisvalt tehingute tegemise õigust, kui eestkostja määramise alused on täielikult või osaliselt ära langenud. Kohus võib aluste äralangemise tuvastamiseks määrata eestkostetava kohtusühhiaatriaekspertiisi.

Mõjuval põhjusel võib kohus eestkostja ametist vabastada. Kui eestkostetav vaidleb eestkostja vabastamise vastu, peab kohus eestkostetava isiklikult ära kuulama, välja arvatud juhul, kui see võib oluliselt ohustada eestkostetava tervist või kui eestkostetav ei suuda ilmselt tahet väljendada. Uue eestkostja määramisel eelmise eestkostja surma või ametist vabastamise tõttu tuleb eestkostetav isiklikult ära kuulata, välja arvatud juhul, kui eestkostetav nõustub uue eestkostjaga, ärakuulamine võib oluliselt ohustada eestkostetava tervist või eestkostetav ei suuda ilmselt tahet väljendada.

Kui eestkoste seatakse eestkostetava kõigi asjade ajamiseks või kui eestkostja ülesannete ringi selliselt laiendatakse ja isik kaotab valimistel hääleõiguse, samuti kui selline eestkoste lõpeb muul põhjusel kui eestkostetava surma tõttu või kui sellist eestkostet piiratakse, teatab kohus sellest ka valijate nimekirja pidavale asutusele. Kui eestkostetavat peetakse kinni kinni-pidamis-, ravi-, hoolde- või muus sarnases asutuses, teavitab kohus määrusest ka nimetatud asutust.

Tsiviikohtumenetluse seadustiku 54. peatükk sätestab korra, mille alusel menetleb kohus isiku elukohajärgse valla- või linnavalitsuse avalduse alusel järgmisi asju:

- ┆ psüühiliselt haige isiku paigutamine tema tahte vastaselt psühhiaatriaiglasse või hoolekandeesutusse koos vabaduse võtmisega;

- ┆ nakkushaige paigutamine tema nõusolekuta haiglasse ja talle haiglaravi kohaldamine, kui see on vajalik eriti ohtliku nakkushaiguse leviku tõkestamiseks;
- ┆ muid seaduses sätestatud kinnisesse asutusse paigutamise asju.

Kohus võib avaldaja taotlusel esialgse õiguskaitse rakendamise korras paigutada isiku kinnisesse asutusse, kui:

- ┆ kinnisesse asutusse paigutamise tingimused on ilmselt täidetud ja viivitusega kaasneks oht ja
- ┆ on olemas dokumendid isiku tervisliku seisundi kohta ja
- ┆ isikule on määratud menetluses esindaja ja
- ┆ isik ise ja teised asjaosalised on ära kuulatud.

Isiku võib ära kuulata ka erinõude alusel tegutsev kohtunik. Isikut ei pea ära kuulama, kui ärakuulamine võib oluliselt kahjustada tema tervist või kui ta ei suuda ilmselt tahet avaldada.

Kui viivitusega kaasneks oht, võib kohus esialgset õiguskaitset rakendada juba enne isiku enda ja teiste isikute ärakuulamist ja talle esindaja määramist. Sel juhul tuleb nimetatud toimingud teha viivitamata tagantjärele. Esialgset õiguskaitset võib rakendada kuni kolm kuud. Pärast eksperdi ärakuulamist võib tähtaega pikendada kuni kuue kuuni. Nimetatud tähtaja sisse arvestatakse ka isiku paigutamine kinnisesse asutusse ekspertiisi tegemise eesmärgil.

Seaduses sätestatud juhtudel ja korras võib isiku kinnisesse asutusse paigutada ka kohtu määruseta, kui see on vältimatu isiku enda või avalikkuse kaitseks ja kohtu määruse saamine ei ole piisavalt kiiresti võimalik. Sel juhul tuleb esitada avaldus kohtu määruse saamiseks hiljemalt järgmisel tööpäeval.

Kohus määrab kinnisesse asutusse paigutamise menetluses isikule esindaja, kui see on isiku huvides ilmselt vajalik ja kui isikut ei esinda juba teine tsiviilkohtumenetlusteovõimeline isik. Kui kohus jätab esindaja määramata, peab ta seda kinnisesse asutusse paigutamise määruuses põhjendama. Esindaja määratakse iga kohtuastme jaoks eraldi, kuid esindajal on esindusõigus ka kaebuse esitamiseks ja põhjendamiseks.

Enne isiku kinnisesse asutusse paigutamist peab kohus isiku isiklikult ära kuulama ja selgitama talle menetluse kulgu. Vajaduse korral kuulab kohus isiku ära isiku jaoks tavalises keskkonnas. Muus osas kohaldatakse vastavalt seaduses piiratud teovõimega täisealisele isikule eestkostja seadmise menetluses isikute ärakuulamise kohta sätestatud.

Enne isiku kinnisesse asutusse paigutamist peab kohus ära kuulama ka valla- või linnavalitsuse ja järgmiste isikute arvamuse:

- ┆ isiku abikaasa ja muud isikuga koos elavad või koos elanud pereliikmed;
- ┆ isiku eestkostja või hooldaja;
- ┆ isiku nimetatud usaldusisik;
- ┆ kinnise asutuse, kus isik viibib, juht või tema määratud ametiisik.



Kohtu korraldusel kogub ja esitab valla- või linnavalitsus kohtule isiku kinnisse asutusse paigutamiseks vajalikud andmed. Kohus võib isiku kinnisesse asutusse paigutada üksnes ekspertarvamuse alusel, mille koostanud ekspert on isiku isiklikult läbi vaadanud või teda küsitlenud. Ekspertdiks võib olla üksnes psühhiaater, nakkushaige puhul pädev arst. Ravi-asutuses või muus sarnases asutuses viibivalt eestkostetavalt võib vabaduse võtta ka isiku tervislikku seisundit kajastavate dokumentide alusel.

Kui isikule on määratud ekspertiis, on ta kohustatud eksperdi juurde ilmuma. Kui isik ei ilmu eksperdi juurde, võib kohus pärast eksperdi arvamuse ärakuulamist kohaldada isikule eksperdi juurde toimetamiseks sundtoomist. Kohus võib pärast eksperdi ärakuulamist määrata isiku kuni üheks kuuks ravi-asutusse vaatlusele, kui see on ekspertiisi tegemiseks vajalik. Enne määruse tegemist tuleb isik ära kuulata. Vajaduse korral võib kohus pikendada määrusega isiku kinnipidamise aega kuni kolme kuuni ja rakendada isiku suhtes sundtoomist.

Isiku kinnisesse asutusse paigutamise määruses märgitakse:

- isik, kes kinnisesse asutusse paigutatakse;
- kinnisesse asutusse paigutamise abinõu kirjeldus;
- kinnisesse asutusse paigutamise tähtaeg;
- määruse peale määruskaebuse esitamise võimaluse selgitus.

Isikut ei või kinnisesse asutusse paigutada kauemaks kui kolmeks aastaks määruse tegemisest alates.

Kohus lõpetab määrusega isiku kinnisesse asutusse paigutamise, kui paigutamise eeldused on ära langenud. Kohus võib kinnisesse asutusse paigutamise lõpetada isiku enda või avaldaja taotlusel või omal algatusel. Enne kinnisesse asutusse paigutamise lõpetamist küsib kohus arvamust valla- või linnavalitsuselt.

Kinnisesse asutusse paigutamise tähtaja pikendamisele kohaldatakse vastavalt asutusse paigutamise kohta sätestatud. Kui isik on olnud kinnises asutuses üle nelja aasta, ei või kohus üldjuhul teha ekspertiisi ülesandeks isikule, kes asutusse paigutatut senini on ravinud või tema seisundi kohta ekspertiisi teinud või kes on ametis asutuses, kuhu isik on paigutatud.

Kohus võib isiku kinnisesse asutusse paigutamise määrusega kuni üheks aastaks isiku enda või avaldaja taotlusel või omal algatusel peatada. Peatamisega võib siduda tingimusi ja kohustusi. Kohus võib peatamise tühistada, kui isik ei täida talle pandud tingimusi või kohustusi või kui tema seisundist tulenevalt on peatamise tühistamine vajalik.

Kohus toimetab kinnisesse asutusse paigutamise ja seda peatava või selle lõpetava määruse, samuti kinnisesse asutusse paigutamisest keeldumise määruse kätte isikule endale ja avaldajale ning teistele asjaosalistele ja valla- või linnavalitsusele. Määruse põhjendust ei pea isikule endale teatavaks tegema, kui see võib tema tervislikku seisundit kajastavate dokumentide kohaselt tekitada olulist kahju tema tervisele. Kinnisesse asutusse paigutamise määrus jõustub ja kuulub täitmisele, kui



selle peale ei saa enam edasi kaevata või kui määruskaebus jäetakse jõustunud lahendiga rahuldamata või läbi vaatamata.

Kohus võib tunnistada määruse jõustunuks ja täitmisele kuuluvaks määruse teatavaks tegemisega isikule endale või tema esindajale või avaldajale, üleandmisega kolmandale isikule täitmiseks või avalikult teatavaks tegemisega. Kohus teatab määrusest teistele kohtutele ja ametiasutustele, kui see on vajalik isiku huvides, kelle suhtes abinõu rakendati, või kolmandate isikute või avalikkuse huvides. Kohus võib menetluses ilmnenu olulistest asjaoludest teatada selliselt juba enne menetluse lõppemist.

Kui isik peetakse kinni kinnipidamis-, ravi-, hoolekande- või muus asutuses, teavitab kohus määrusest ka nimetatud asutust.

Kinnisesse asutusse paigutamise määruse täidab asutus, kuhu isik paigutatakse. Isiku vanemate, eestkostja või hooldaja taotlusel aitab asutus neil isiku kinnisesse asutusse toimetada.

Jõudu võib isiku kinnisesse asutusse paigutamise määruse täitmisel rakendada üksnes juhul, kui kohus on selle ette näinud kinnisesse asutusse paigutamise määruses või teinud selle kohta eraldi määruse. Vajaduse korral võib jõu kasutamise määruse täitmiseks kasutada politsei abi.

Kinnisesse asutusse paigutamise määruse ja asutusse paigutamisest keeldumise määruse, paigutamise lõpetamise ja lõpetamisest keeldumise määruse ning esialgse õiguskaitse rakendamise määruse peale võib esitada määruskaebuse isik, kelle suhtes on abinõusid rakendatud, ning teised asjaosalised ja valla- või linnavalitsus, samuti kinnise asutuse juht.

## 2.1.8. Tsiviilseadustiku üldosa seadus

Tsiviilseadustiku üldosa seadus võeti vastu 27.03.2002, see jõustus 01.07.2002. Viimati muudeti seadust 2003. aastal.

Seadus on mahukas, koosnedes kaheksast osast. Vaimse tervise kontekstis on neist olulisim 2. osa 1. peatüki 1. jagu, mis reguleerib füüsilise isiku õigus- ja teovõimet. Kui isikule, kes vaimuhaiguse, nõrgamõistuslikkuse või muu psüühikahäire tõttu ei suuda kehtvalt oma tegudest aru saada või neid juhtida, on määratud kohtu poolt eestkostja, siis eeldatakse, et isik on piiratud teovõimega.

Võlaõigusseaduse, tsiviilseadustiku üldosa seaduse ja rahvusvahelise eraõiguse seaduse rakendamise seaduse kohaselt loetakse isik, kelle teovõimet on enne 1. juulit 2002 kohtuotsusega piiratud, alates 1. juulist 2002 teovõimeliseks ning kui isik on tunnustatud kohtuotsusega teovõimetuks, loetakse ta alates nimetatud kuupäevast piiratud teovõimega isikuks ja tema üle on seatud eestkoste.

### 2.1.9. Võlaõigusseadus

Võlaõigusseadus võeti vastu 26.09.2001, see jõustus 01.07.2002. Viimati muudeti seadust 2005. aastal.

Võlaõigusseadust kohaldatakse kõigile võlasuhetele, seetõttu on ta väga mahukas. Võlasuhe on õigussuhe, millest tuleneb ühe isiku (kohustatud isik ehk võlgnik) kohustus teha teise isiku (õigustatud isik ehk võlausaldaja) kasuks teatud tegu või jätta see tegemata (täita kohustus) ning võlausaldaja õigus nõuda võlgnikult kohustuse täitmist. Seaduse 41. peatükk käsitleb tervishoiuteenuste osutamise lepingut.

Tervishoiuteenuse osutamise lepinguga kohustub üks isik (tervishoiuteenuse osutaja) osutama oma kutsetegevuses teisele isikule (patsient) tervishoiuteenust, eelkõige vaatama patsiendi arstiteaduse reeglite järgi tema tervise huvides läbi, nõustama ja ravima patsienti või pakkuma patsiendile sünnitusabi, samuti teavitama patsienti tema tervisest ja ravi käigust ning tulemustest. Tervishoiuteenuse osutamine hõlmab ka patsiendi hooldamist tervishoiuteenuse osutamise raames, samuti muud tervishoiuteenuse osutamisega otseselt seotud tegevust. Tervishoiuteenuse osutamise leping loetakse muu hulgas sõlmituks ka tervishoiuteenuse osutamise alustamisega või tervishoiuteenuse osutamise kohustuse ülevõtmisega patsiendi nõusolekul, samuti siis, kui otsusevõimetule patsiendile tervishoiuteenuse osutamise alustamine vastab tema tegelikule või eeldatavale tahtele.

Tervishoiuteenuse osutamise eest tuleb maksta kehtestatud, kokkulepitud või tavalist tasu, sellise tasu puudumisel aga mõistlikku tasu. Patsiendilt võib tasu nõuda niivõrd, kui võrd tervishoiuteenuse osutamise kulusid ei kata ravikindlustus või muu isik.

Üldtunnustamata ennetus-, diagnostilist või ravimeetodit võib kasutada üksnes juhul, kui tavapärased meetodid lubavad väiksemat edu, patsienti on meetodi olemusest ja selle võimalikest tagajärgedest teavitatud ning patsient on andnud oma nõusoleku meetodi kasutamiseks. Piiratud teovõimega patsiendi eest annab nõusoleku patsiendi seaduslik esindaja. Otsusevõimetu patsiendi suhtes võib üldtunnustamata meetodit kasutada ka ilma patsiendi või tema seadusliku esindaja nõusolekuta, kui sellise meetodi kasutamata jätmine oleks ohtlik patsiendi elule või kahjustaks oluliselt patsiendi tervist.

Patsiendi võib läbi vaadata ja talle tervishoiuteenust osutada üksnes tema nõusolekul. Patsient võib nõusoleku mõistliku aja jooksul pärast selle andmist tagasi võtta. Tervishoiuteenuse osutaja nõudmisel peab nõusolek või selle tagasivõtmise avaldus olema vormistatud kirjalikku taasesitamist võimaldavas vormis.

Piiratud teovõimega patsiendi puhul kuuluvad eespoolnimetatud õigused patsiendi seaduslikule esindajale niivõrd, kui võrd patsient ei ole võimeline poolt- ja vastuväiteid vastutustundeliselt kaaluma. Kui seadusliku esindaja otsus kahjustab ilmselt patsiendi huve, ei või tervishoiuteenuse osutaja seda järgida. Patsienti

ennast tuleb nimetatud asjaoludest ja tehtud otsustest teavitada mõistlikus ulatuses.

Tervishoiuteenuse osutaja peab patsienti teavitama patsiendi läbivaatamise tulemustest ja tervise seisundist, võimalikest haigustest ning nende kulgemisest, pakutava tervishoiuteenuse olemusest ja otstarbest, selle osutamisega kaasnevatest ohtudest ja tagajärgedest ning teistest võimalikest ja vajalikest tervishoiuteenustest. Patsiendi soovil peab tervishoiuteenuse osutaja esitama nimetatud teabe kirjalikku taasesitamist võimaldavas vormis.

Kui patsient on teadvuseta või ei ole muul põhjusel võimeline tahet avaldama (otsusevõimetu patsient) ning tal ei ole seaduslikku esindajat või seaduslikku esindajat ei ole võimalik kätte saada, on tervishoiuteenuse osutamine lubatud ka patsiendi nõusolekuta, kui see on patsiendi huvides ja vastab tema poolt varem avaldatud või tema eeldatavale tahtele ja tervishoiuteenuse viivitamatu osutamata jätmise oleks ohtlik patsiendi elule või kahjustaks oluliselt patsiendi tervist. Patsiendi varem avaldatud või eeldatav tahe tuleb vastavalt võimalustele selgitada välja patsiendi omaste kaudu. Patsiendi omakseid tuleb teavitada patsiendi tervise seisundist, tervishoiuteenuse osutamisest ja sellega kaasnevatest ohtudest, kui see on asjaolude kohaselt võimalik.

## 2.2. Vaimse tervise poliitika, otsustajad ja huvigrupid

Enamik Euroopa Liidu liikmesriikidest omab selgelt defineeritud riiklikku vaimse tervise poliitikat. Psühhiaatria erialakomisjoni aruandes 2004. aastal tõdetakse: „Eestis valmis vaimse tervise poliitika alusdokumendi projekt mõned aastad tagasi Sotsiaalministeeriumi tellimusel, kuid edasised arengud riigi tasandil on seiskunud.”<sup>15</sup>

Niisiis, hetkeseisuga (2005. a) ei ole Eestis üleriigilist (või riiklikku) ja ühtset vaimse tervise poliitikat, kuid selle poole püüeldakse. Esimene samm vaimse tervise poliitika ettevalmistamiseks, nagu ülalpool mainitud, tehti 2001. aasta lõpul, mil Sotsiaalministeerium tellis sihtasutuselt Praxis vaimse tervise poliitika alusdokumendi koostamise.

Dokumendi eesmärgiks oli esitada tähtsuse järjekorras olulisemad vaimse tervise probleemid koos nende võimalike lahendustega. Kirjeldati Eesti jaoks soovitatavaid arengusuundi seostades neid juba olemasolevate arengukavadega. Vaimse tervise poliitika alusdokument oli mõeldud olemaks lähtekohaks loodavale vaimse tervise poliitikale.

Dokumendi koostajad märgivad: „Märkimisväärne on pretsedent, et riik, st Sotsiaalministeerium tellis kolmandalt sektorilt poliitika alusdokumendi väljatöötamise. Väärtuslikuks muudab vaimse tervise poliitika alusdokumendi just asjaolu, et selles on saavutatud konsensuslik tasakaal erinevate osapoolte ja huvigruppide vahel tänu alt-üles osalusprotsessile rohujuuretasandil. See dokument pole koostatud üksikute ametnike poolt kabinetivaikuses, millede saatuseks on sageli jäädagi vaid paberile, ilma et huvitatud sihtrühmad sellest midagi teaksid.”<sup>16</sup>

Kaasaegsete arusaamade kohaselt peaks tähtsaimat rolli vaimse tervise poliitika kujundamisel mängima teenuste tarbijad ja nende lähedased (pereliikmed). Olgugi, et Eestis on nimetatute panus viimastel aastatel oluliselt kasvanud, on see siiski ebaproportsionaalselt väike võrreldes vaimse tervise professionaalide (sotsiaaltöötajate, psühhiaatrite, psühhiaatriaõdede, rehabilitatsioonimeeskondade liikmete ja teiste) panusega.

Vaimse tervise poliitika kujundamine kuulub Sotsiaalministeeriumi valitsemisalasse. Vastavad kohustused on sätestatud näiteks sotsiaalhoolekande, rahvatervise ja tervishoiuteenuste korraldamise seaduses, kuid ka ravikindlustuse ja Eesti Haigekassa seaduses.

Vaimse tervise valdkonnaga tegelevad peamiselt alljärgnevad institutsioonid:

- Ministeeriumid ja nende haldusala asutused: Sotsiaalministeerium, Haridusministeerium, Justiitsministeerium, Tervishoiuamet, Sotsiaalkindlustusamet, Raviamet, Tervisekaitseinspeksioon, muud riigiasutused (näiteks maavalitsuste sotsiaal- ja tervishoiuosakonnad);

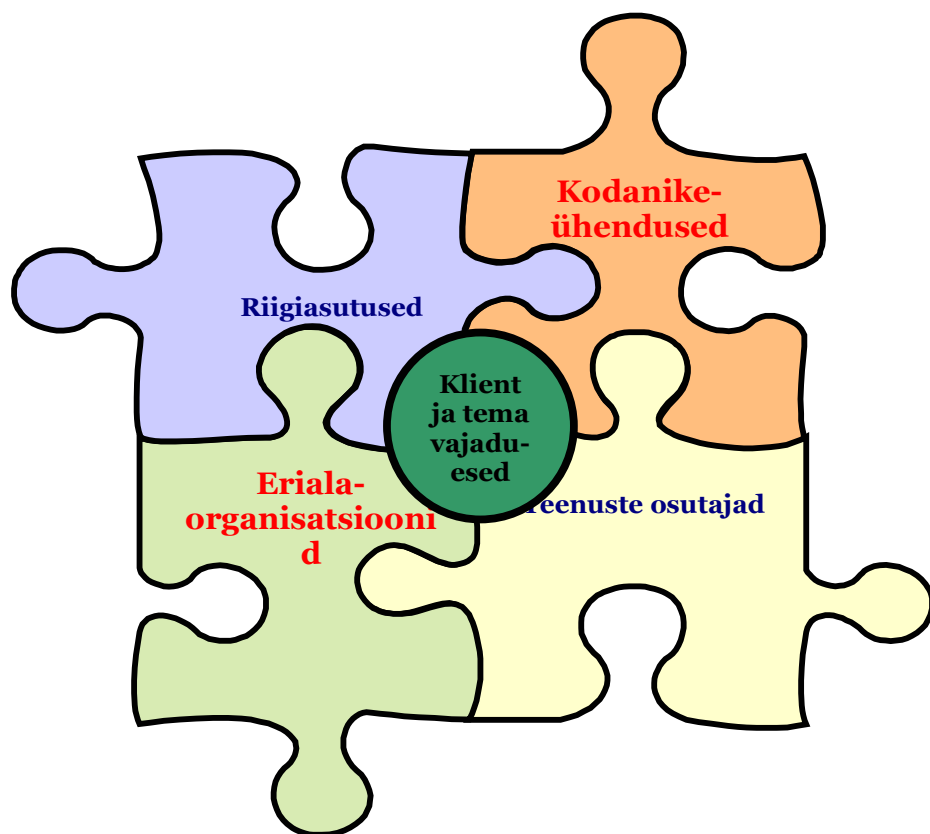
<sup>15</sup> Psühhiaatria erialakomisjoni aruanne eriala probleemidest 2004. aasta seisuga (2005)

<sup>16</sup> Vaimse tervise poliitika alusdokument, [www.praxis.ee](http://www.praxis.ee)

- ▣ Kodanikeühendused, näiteks Eesti Puuetega Inimeste Koda, Eesti Vaimupuudega Inimeste Tugiliit, Eesti Patsientide Esindusühing jt; Erialaorganisatsioonid, näiteks Eesti Psühhosotsiaalse Rehabilitatsiooni Ühing, Eesti Psühhiaatrite Selts jt;
- ▣ Sotsiaal- ja tervishoiuteenuste osutajad (sh kohtu poolt määratud psühhiaatrilise raviteenuse osutajad), erikoolid, õppe- ja teadusasutused.

Saavutused ja edu vaimse tervise alal ei ole võimalik ilma ühe nimetatud osapooleta. Erinevate institutsioonide koostöö on absoluutselt hädavajalik. Täna on kandvaim roll riigiasutustel, kuid lähiaastatel peaks tunduvalt suurenema kodanikuühenduste ning erialaorganisatsioonide osakaal, kelle tegevuste keskseks eesmärgiks peaks olema kliendi vajaduste rahuldamine parimal võimalikul moel.

Joonis 1. Vaimse tervise valdkonnaga tegelevad institutsioonid



### **3. Vaimse tervise teenused**

#### **3.1. Vaimse tervise teenuste üldine raamistik**

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

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

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

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

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

Nagu ikka, pole reaalses elus teoreetilistele konstruktsioonidele reeglina absoluutselt üheseid vasteid. Enamus reaalseid ühiskondi kaldub ühe või teise väärtushoiaku või maailmavaate suunas ja/või kasutab sotsiaalsete probleemide lahendamiseks kahe erineva maailmavaate elementide kombinatsioone<sup>17</sup>.

Eesti vaimse tervise teenuste süsteemi kirjeldada ei ole lihtne. Tundub, et eksisteerivad kaks täiesti eraldiseisvat süsteemi – hoolekande- ja tervishoiusüsteem, mille omavahelised suhted organisatsiooni tasandil oleks justkui selged, kuid mis klienditasandil tekitavad sageli ebamugavaid olukordi nii igapäevase elu kui terviseprobleemide lahendamisel.

Teades, et paradigma on näide, eeskuju, mudel või uskumuste kogum, milles oma tegevustes juhindume ja millest lähtuvaid seisukohti probleemide lahendamiseks kasutame ning vaadeldes nimetatud süsteeme selles valguses kliendi vaatenurgast, on küllalt selge, et Eestis lähtuvad vaimse tervise teenused meditsiinilisest

---

<sup>17</sup> Psüühilise erivajadusega inimeste hoolekanne Eestis. V. Paavel, j. Kõrgesaar, A. Sarjas, S. Sõmer. V. Vasar. (2000/2001)

paradigmast. Ka hoolekandesüsteem lähtub tegelikult üldjoontes meditsiinilisest paradigmat hoolimata sellest, et maailmas tekkisid sotsiaalse paradigma alged juba 1960-ndatel aastatel inimõiguste alase liikumise hoogustumise käigus ning teatud positiivseid arenguid võib sotsiaalteenuste arendamisel juba leida mitmeid aastaid (nt rehabiliteerimise alal). Üldises kogumis jäävad need siiski tagasihoidlikuks.

Olgugi, et enamik psüühikahäiretest ei jäta nende all kannatajatesse pöörumatuid jälgi, on mõned neist aga nii rasked ja kauakestvad, et tagajärjeks on puude tekkimine. Seepärast on siinkohal selguse ja lihtsuse huvides sotsiaalse ja meditsiinilise paradigma võrdlemiseks kohane kasutada just puude näidet. Kui asendada sõna „puue” näiteks sõnaga „psüühikahäire”, on paradigmat võrdlus vaimse tervise kontekstis täiesti arusaadav.

Meditsiiniline paradigma kannab endas alljärgnevat informatsiooni<sup>18</sup>:

- Kahjustused (sh ka psüühikahäired) põhjustavad kliendile raskusi ja panevad ta halvemasse olukorda;
- Probleem on kliendis (inimeses);
- Puudega inimene hälbib „normaalsuse” standardist;
- Usutakse, et kahjustused (häired, kõrvalekalded „normist”) on (vähemalt mingis ulatuses) korrigeeritavad, fookus on rehabiliteerimisel;
- Puue on negatiivse tähendusega sõna, mida mõistetakse sageli häire, võimetuse või defektina;
- Puude puhul on tegemist „personaalse tragöödiaga”.
- Nõuab puudega inimeselt samastumist „normaalse” inimesega;
- Lahendusteks pakutakse kas abi (teenuseid) või rahalist kompensatsiooni (toetusi, hüvitisi). Keskendutakse individuaalsele kohtlemisele (sh ka ravile ja rehabilitatsioonile) ning kontrollile.
- Domineerivaks jõuks on professionaalid;
- Edasisviiva jõuna nähakse valdkonnapoliitikat (ingl. k. policy) ehk teissõnu vaimset tervist edendatakse ja teenuste süsteemi arendatakse läbi vaimse tervise poliitika.

Sotsiaalne paradigma keskendub välistele põhjustele, nõ puuet tekitavatele barjääridele.

- Rõhutab kultuurilisi ja keskkonnafaktoreid;
- Puuet (antud juhul siis psüühikahäiret) vaadeldakse sotsiaalse konstruktsioonina, st ebasoodsaid olukordi loob ühiskond, kasutades standardina puudeta („normaalseid”) inimesi;
- Sotsiaalne mudel on positiivne rõhutades võimeid ja oskusi. Fookuses on kohandamine, õiguste kasutamine ning universaalne (kõigile sobiv) disain;
- Vastutust jagatakse indiviidi ja kollektiivi (ühiskonna) vahel, keskendutakse sotsiaalsetele muudatustele, rõhutatakse eneseabi, kogemuse tähtsust ning valikuvabadust;

---

<sup>18</sup> Meditsiinilise ja sotsiaalse paradigma võrdlemisel on kasutatud *European Disability Forumi* avaldamata koolitusmaterjali „*Disability Rights Activists and Advocates Training Manual*” (2005).

- Edasiviiva jõuna nähakse poliitikat (ingl. k. politics), milles puudega inimesed osalevad nii nagu kõik teised ühiskonnaliikmed ehk vaimset tervist edendatakse ja vaimse tervise teenuste süsteemi arendatakse läbi erakondliku poliitika;
- Lahenduseks pakutakse õigust mõistlikule kohandamisele ning igakülgselle kaasamisele;
- Samas, ei saa jätta märkimata, et paljudel juhtudel on sotsiaalne paradigma liigselt optimistlik. Väga raskete puuete (sh psüühikahäirete) korral ei ole sotsiaalsete ja keskkonnafaktorite muutmine või kohandamine „imerohuna” kasutatav.

Arvestades kohalikke olusid, oleks kasulik leida teenuste arendamisel kahe paradigma vahel mõistlik tasakaal.

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

Ravimine, mille tulemusena inimene terveneb kas täielikult või osaliselt, st teatud piirides;

Rehabiliteerimine, mille tulemusena arendatakse välja inimese jääkvõimed ning kujundatakse vajalikud toetussüsteemid;

Toetamine, mille tulemusena inimese seisund ja/või toimetulek püsib põhijoontes stabiilsena.

Nimetatud kolm tegevust on omavahel vastastikusel dünaamilises seoses, mistõttu nad esinevad (peaksid esinema) nii samaaegselt kui järgnevalt. Need tegevused on baasilised inimeste puhul, kelle seisundi juhtivaks tunnuseks on nõ haigusliku iseloomu ja kulgemisega psüühikahäire. Lisaks neile on suur hulk inimesi, kelle psüühikahäire väljendub ennekõike vaimse arengu mahajäämuses. Vaimse arengu mahajäämusega inimeste puhul on esmaseks juhtivaks erialaseks tegevuseks õpetamine, mis sõltuvalt inimese seisundist vähemal või rohkemal määral võib eneses sisaldada ravimise ning rehabiliteerimise elemente.<sup>19</sup>

Psüühikahäirega inimestele suunatud teenused üldiste avalike teenuste kontekstis on toodud tabelis 1.<sup>20</sup>

<sup>19</sup> Psüühilise erivajadusega inimeste hoolekanne Eestis. V. Paavel, J. Kõrgesaar, A. Sarjas, S. Sõmer. V. Vasar. (2000/2001)

<sup>20</sup> Psüühilise erivajadusega inimeste hoolekanne Eestis. V. Paavel, J. Kõrgesaar, A. Sarjas, S. Sõmer. V. Vasar. (2000/2001), tabel on käesolevas dokumendis esitatud modifitseeritud kujul.



Tabel 1. Psüühikahäirega inimestele suunatud teenused üldiste avalike teenuste kontekstis

	<b>Üldised avalikud teenused</b>	<b>Seostavad teenused</b>	<b>Toetavad teenused</b>	<b>Eriteenused</b>
<b>Sihtgrupp</b>	Kogu elanikkond	Inimesed, kes ei suuda või ei oska üldisi avalikke teenuseid kasutada	Inimesed, kellele olemasolevatest avalikest teenustest toimetulekuks ei piisa	Inimesed, kes ööpäevaringse kõrvalabita ohustavad iseennast või teisi
<b>Teenuse tulemus ja/või sisu</b>	Üldised vajadused on rahuldatud	Iseseisvalt elav inimene on seostatud üldiste avalike teenustega nii, et vajadus toetavate teenuste järele kaob või on minimaalne	Teenuse pideva osutamise abil saab inimene elada suhteliselt iseseisvalt ja kasutada üldisi avalikke teenuseid	Inimesed elavad institutsioonis, milles on tagatud ööpäevaringne kvalifitseeritud abi ja järelevalve
<b>Teenused</b>	Näiteks haridus-, tööturu-, tervishoiu-, transpordi- ja eluaseme-teenused	Juhtumi korraldamine Rehabiliteerimine	Toetatud elamine Toetatud töötamine Igapäevaelu toetamine Elamine kogukonnas	Ööpäevaringne hooldamine (sh kohtu poolt määratud hooldamine) Statsionaarne ravi (sh kohtu poolt määratud ravi)

## 3.2. Vaimse tervise teenused

Vaimse tervise teenuseid võib klassifitseerida ja kirjeldada mitmel erineval moel. Käesolevas dokumendis on lähtutud WHO poolt välja töötatud hindamisinstrumendi<sup>21</sup> määratlustest. Kõigi teenuste olemust avavad inglise keelsed definitsioonid on toodud lisa 1, Eesti oludele vastavad kirjeldused allpool.

Psühhiaatriateenused jaotatakse Tervishoiuameti tegevuslubade registris alljärgnevalt:

- psühhiaatriateenused;
- ambulatoorsed psühhiaatriateenused;
- ambulatoorsed lastepsühhiaatriateenused;
- ambulatoorsed psühhiaatriateenused (sh lastepsühhiaatria);
- lastepsühhiaatriateenused;
- psühhiaatria päevaraviteenused;
- psühhiaatriateenused (sh lastepsühhiaatria);
- statsionaarsed psühhiaatriateenused.

Lisanduvad psühhoteeraapiateenused:

- psühhoteeraapia;
- ambulatoorne psühhoteeraapia.

Tervishoiuametist väljastatud kehtiv psühhiaatriateenuste osutamise tegevusluba on 74 tervishoiuteenuseid osutaval juriidilisel või füüsilisel isikul (vt lisa 2).

Osad neist (näiteks Wismari Haigla AS, OÜ Seksuaaltervise Kliinik, OÜ A-Kliinik, Detox Ravi OÜ) pakuvad teenuseid peamiselt või ainult ühele kindlale sihtgrupile (nt psühhootiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühikahäirete ja seksuaaldüsfunksioonide kannatajatele), keda käesolevas dokumendis ei käsitleta.

Raske ja pikaajalise psüühilise erivajadusega isikutele suunatud sotsiaalteenuseid osutab 86 pakkujat, kes pakuvad kokku seitset erinevat teenust (vt lisa 3):

- toetatud elamine;
- elamine kogukonnas;
- töötamise toetamine;
- igapäevaelu toetamine;
- ööpäevaringne hooldamine;
- ööpäevaringne tugevdatud järelevalvega hooldamine;
- ööpäevaringne tugevdatud toetusega hooldamine.

Kergema psüühikahäirega kliendid kasutavad üldisi sotsiaalteenuseid, mida lisa 3 ei kajastata.

Kui 2002. aasta lõpul oli hoolekandeteenustel kokku 3899 täiskasvanud psüühilise erivajadusega isikut, siis 2003. aasta lõpul oli neid 4118. Siinjuures on oluline silmas pidada, et osa tarbijatest kasutas mitut hoolekandeteenust, mistõttu summeerides erinevatel teenustel aruandeaasta lõpul olnud isikute arvu, saame

---

<sup>21</sup> World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO, 2005)

suurema summa kui teenusel viibijate arv aasta lõpu seisuga kokku. Erinevatel hoolekandeteenustel viibinute arvust nii 2002. kui 2003.aasta lõpul kui ka isikute liikumisest 2003. aasta jooksul annab ülevaate alljärgnev tabel.

Tabel 2. Teenustel viibijate arv ja nende liikumine 2002-2003

Teenuse liik	Teenusel viibijad 2002.a lõpu seisuga	Teenusele 2003.a jooksul saabunud	Teenuselt 2003.a jooksul lahkunud	Teenusel viibijad 2003.a lõpu seisuga	Teenusel viibijaid 100000 elaniku kohta 2003. a lõpu seisuga
Igapäevaelu toetamine	1098	463	302	1259	90,18
Toetatud elamine	447	120	66	501	35,88
Elamine kogukonnas	26	2	0	28	2,00
Töötamise toetamine	441	85	70	456	32,66
Ööpäevaringne hooldamine	1979	141	159	1961	140,47
Ööpäevaringne tugevdatud toetusega hooldamine	98	9	5	102	7,30
Ööpäevaringne tugevdatud järelvalvega hooldamine	160	29	24	165	11,81
Kokku	4249	849	626	4472	320,34

Enamus täiskasvanud psüühilise erivajadusega isikutest saabus hoolekandeteenustele kodust (430 isikut ehk 50,6%, neist 301 isikut igapäevaelu toetamise teenusele) ja teistelt hoolekandeteenustelt (254 isikut ehk 29,9%, neist 90 igapäevaelu toetamise, 55 toetatud elamise, 55 töötamise toetamise ja 47 ööpäevaringse hooldamise teenusele).

Teenuselt lahkunutest moodustas kõige suurema osa iseseisvalt elama asunud isikud (209 isikut ehk 33,4%, neist 161 isikut lahkus igapäevaelu toetamise teenuselt) ja teisele hoolekandeteenusele läinud isikud (206 isikut ehk 32,9%, neist 105 igapäevaelu toetamise teenuselt).

2003.aasta jooksul teenuseid saanutest olid 52,6% mehed ja 47,4% naised. Enamus teenuse kasutajatest, ehk 77,8% olid vanuses 18-59 aastat, seega töövõimelises eas.

Suundumusi sotsiaalteenuste osas võrrelduna teiste riikidega ei ole kahjuks võimalik välja tuua, sest vaimse tervise valdkonda kuuluvaid teenuseid käsitletakse nii sisuliselt kui statistiliselt erinevates riikides erinevalt. Sellekohane ühtsetel alustel põhinev andmekogu puudub.

### 3.2.1. Kogukondlikud teenused<sup>22</sup>

Kogukondlikeks teenusteks saab käesoleva dokumendi kontekstis nimetada vaimse tervise teenuseid, mida osutatakse väljaspool psühhiaatriaiglaid ning erihooldekodusid. Näiteks teistes tervishoiuasutustes (sh perearstikeskustes ja eriarstide erapraksistes, kesk-, üld- ja kohalikes haiglates), hoolekandeesutustes, eneseabiorganisatsioonides.

Kogukondlikud teenused saab abi osutamise vormi järgi jaotada statsionaarseteks (ingl. k. *inpatient services*) ning ambulatoorseteks (ingl. k. *outpatient services*) teenusteks. Seega võib erihooldekodudes osutatavaid toetavaid teenuseid (st siis v.a ööpäevaringne hooldamine koos kõigi alavormidega) võib lugeda kogukondlike teenuste hulka. Nii on käesolevas dokumendis ka teenuseid käsitletud.

Kogukondlike teenuste osakaal on aasta-aastalt suurenenud. Konkreetseid arvnäitajaid on siinkohal raske välja tuua. Finantseerimismahtude kasvu hindamine, mida seni on kasutatud, ei anna arvestades teenuste hindade tõusu, adekvaatset tulemust. Segadust lisab ka asjaolu, et osa kliente kasutab mitmeid teenuseid samaaegselt.

#### 3.2.1.1. Igapäevaelu toetamine

Teenus on mõeldud tööealistele psüühilise erivajadusega isikutele, kel on keskmise, raske või sügava puude tekke prognoos või töövõime kaotus vähemalt 10%. Teenuse eesmärgiks on parima võimaliku toimetuleku õpetamine tavapärasel keskkonnas inimese iseseisval elamisel (sh koos pere ja/või lähedastega).

Teenuse saamiseks on vajalik eriarsti (psühhiaatri) või rehabilitatsiooniasutuse suunamine. Riigieelarvest tasutakse teenuse osutamisega seotud tegevuskulud, teenuse osutamiseks kasutatavate ruumide ekspluatatsioonikulud tasutakse kohaliku omavalitsuse eelarvest või muudest allikatest.

Teenuse taotlemisel tuleb esitada:

- Isiku või tema seadusandliku esindaja kirjalik taotlus;
- Eriarsti või rehabilitatsiooniasutuse suunamiskiri.

#### 3.2.1.2. Isiklik abistaja

Isiklik abistaja on raske ja sügava liikumis- ja nägemispuudega täiskasvanute ning raske ja sügava vaimupuudega inimeste abiline liikumisel ja tegevustel, millega nad

---

<sup>22</sup> Peatüki koostamisel on kasutatud Sotsiaalministeeriumi kodulehel [www.sm.ee](http://www.sm.ee) avaldatud materjale.

iseseisvalt toime ei tule. Samuti tavakoolis õppivatele raske ja sügava nägemis- ja/või liikumispuudega lastele, kellel on raskusi iseseisva kooliskäimisega, koolis liikumisel ja toimetulekuga olmes ning isikliku hügieeni täitmisel.

Isikliku abistaja teenuse osutamist korraldab kohalik omavalitsus. Teenuse saamiseks tuleb pöörduda avaldusega kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja poole. Teenuse vajaduse ja mahu otsustab kohaliku omavalitsusorgani vastav komisjon. Tegemist on kliendi jaoks osaliselt tasulise teenusega, tasumisel osalevad nii kohalik omavalitsus kui teenust kasutav isik. Teenuse saamiseks on vajalik isiku või tema seadusliku esindaja kirjalik taotlus.

### 3.2.1.3. Päevahoid

Päevahoid on mõeldud sügava- või liitpuudega täiskasvanud isikutele, dementsetele eakatele. Teenuse osutamist korraldab kohalik omavalitsus. Teenuse otseseks osutajaks võib olla kohaliku omavalitsuse asutus või eraõiguslik juriidiline isik. Teenuse saamiseks tuleb pöörduda kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja või teenuse pakkuja poole.

Teenuse eest tasub üldjuhul kohalik omavalitsus, kliendil (või tema perekonnal) tuleb tasuda vaid toitlustamise eest. Samuti tuleb kliendil, tema seaduslikul esindajal või lähedastel korraldada transport teenusele ja tagasi sõiduks ning hoolitseda vajalike ravimite olemasolu eest.

Teenuse saamiseks on vajalik perearsti suunamiskiri, kuhu on märgitud meditsiiniline diagnoos, mis tingib päevahoiu vajaduse.

### 3.2.1.4. Toetatud elamine

Toetatud elamine on teenus tööealistele psüühilise erivajadusega keskmise või raske puudega isikutele:

- kelle töövõime kaotus on vähemalt 10%;
- kellel puudub eluase või puuduvad teised toetavad teenused olemasolevas elukohas;
- kes ei suuda töötada olemasoleval töökohal või kellel on töökoha kaotuse prognoos;
- kes on tööotsija või töötu.

Teenus ei sisalda hooldamist, toitlustamist, järelevalvet.

Toetatud elamise teenuse saamise eelduseks on rehabilitatsioonitsükli läbimine. Isikul või tema esindajal tuleb pöörduda kas kohaliku omavalitsuste sotsiaaltöötaja või pensioniameti juhtumikorraldaja poole. Juhtumikorraldaja suunab isiku rehabiliteerimisele, kus rehabilitatsioonimeeskond hindab tema abi vajaduse ning koostab rehabilitatsiooniplaani. Teenusele suunamise aluseks ongi rehabilitatsioonimeeskonna ja ekspertarsti hinnangud rehabilitatsiooniplaanis. Toetatud elamise teenusele suunab maavanem pensioniameti juhtumikorraldaja saatekirja alusel.

Riigieelarvest tasutakse toetatud elamise teenuse osutamisega seotud tegevuskulud (sh eluruumide hooldus), isik tasub eluasemekulud.

Teenuse taotlemisel tuleb esitada:

- Isiku või tema seadusliku esindaja kirjalik taotlus;
- Perearsti poolt väljastatud tõend isiku terviseseisundi kohta;
- Sotsiaalkindlustusameti poolt kinnitatud rehabilitatsioonimeeskonna hinnang rehabilitatsioonitsükli tulemustele;
- Rehabilitatsioonimeeskonna poolt koostatud rehabilitatsiooniplaan;
- Isikut tõendav dokument või selle koopia.

#### 3.2.1.5. Elamine kogukonnas

Kogukonnas elamise teenuse on mõeldud tööealistele keskmise või raske vaimupuudega isikutele:

- kelle töövõime kaotus on vähemalt 10%;
- kellel puudub eluase või teised toetavad teenused olemasolevas elukohas;
- kes ei suuda töötada olemasoleval töökohal või kellel on töökoha kaotuse prognoos;
- kes on tööotsija või töötu.

Teenusele saamise eelduseks on rehabilitatsioonitsükli läbimine, mille käigus koostatakse rehabilitatsiooniplaan. Teenusele saamiseks tuleb pöörduda kas kohaliku omavalitsuste sotsiaaltöötaja või penisioniameti juhtumikorraldaja poole. Rehabilitatsiooniasutusse rehabilitatsioonile suunab penisioniameti juhtumikorraldaja. Kogukonnas elamise teenusele suunamise aluseks on rehabilitatsioonimeeskonna ja ekspertarsti hinnangud. Kogukonnas elamise teenusele suunab maavanem penisioniameti juhtumikorraldaja saatekirja alusel.

Riigieelarvest tasutakse teenuse osutamisega seotud tegevuskulud (sh eluruumide hooldus), isik tasub eluasemekulud.

Teenuse taotlemisel tuleb esitada:

- Isiku või tema seadusliku esindaja kirjalik taotlus;
- Perearsti poolt väljastatud tõend isiku terviseseisundi kohta;
- Sotsiaalkindlustusameti poolt kinnitatud rehabilitatsioonimeeskonna hinnang rehabilitatsioonitsükli tulemustele;
- Rehabilitatsioonimeeskonna poolt koostatud rehabilitatsiooniplaan;
- Isikut tõendav dokument või selle koopia.

#### 3.2.1.6. Toetatud töötamine

Teenuse on mõeldud tööealistele psüühilise erivajadusega keskmise või raske puudega isikutele:

- kelle töövõime kaotus on vähemalt 40%;
- kes ei suuda töötada olemasoleval töökohal või kellel on töökoha kaotuse prognoos;
- kes on tööotsija või töötu;

- kes ei tööta töökohal, mille eest makstakse tööhõiveameti kaudu tööandjale tööturutoetust väiksema konkurentsivõimega töötü töölerakendamiseks.

Teenusele saamiseks tuleb pöörduda kas kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja või otse penisioniameti juhtumikorraldaja poole. Teenusele suunab maavanem pensioniameti juhtumikorraldaja saatekirja alusel. Suunata võib ka rehabilitatsiooniasutus rehabiliteerimise ajaks. Suunamise aluseks on rehabilitatsioonimeeskonna ja ekspertarsti hinnangud. Teenus ei sisalda toitlustamist.

Riigieelarvest makstakse tööandjale või teenust osutavale organisatsioonile toetust.

Teenuse taotlemisel tuleb esitada:

- Isiku või tema seadusliku esindaja kirjalik taotlus;
- Sotsiaalkindlustusameti poolt kinnitatud rehabilitatsioonimeeskonna hinnang rehabilitatsioonitsükli tulemustele;
- Rehabilitatsioonimeeskonna poolt koostatud rehabilitatsiooniplaan;
- Isikut tõendav dokument või selle koopia.

Teenusele saab suunata ka ainult rehabiliteerimise teenuse osutamise ajaks.

#### 3.2.1.7. Rehabiliteerimine

Rehabiliteerimise eesmärgiks on inimese toimetuleku taseme tõstmine, mille käigus suurendatakse isiku iseseisva toimetuleku oskusi ja –võimeid, kujundatakse iseseisvat toimetulekut toetavat keskkonda ning aidatakse isikul kätte saada üldisi avalikke teenuseid.

Psüühilise erivajadusega isiku rehabiliteerimine võib kesta kuni kuus kuud. Teenust võidakse sõltuvalt kliendist ning tema vajadustest osutada statsionaarselt rehabilitatsiooniasutuses või ka väljaspool rehabilitatsiooniasutust.

Täpsemalt on teenust on kirjeldatud alapeatükis 3.2.5.

#### 3.2.1.8. Esmatasandi arstiabi

Igal ravikindlustatud inimesel on olemas oma perearst, kelle ta on kas ise valinud või kes on talle määratud maavanema poolt. Haigestumise korral on perearst patsiendi esimene kontaktisik. Ta osutab üldarstiabi ja annab nõu haigusi, vigastusi või mürgistusi ennetavate tegevuste osas kõigile tema nimistusse kuuluvatele inimestele. Vajadusel suunab perearst patsiendi õige eriarsti juurde konsultatsioonile või haiglasse.

Perearst on enamasti psüühikahäirete esmadiagnoosija, levinumate kergemate psüühikahäirete ravija ja vajadusel patsiendi suunaja psühhiaatri konsultatsioonile või psühhiaatrilisele ravile. Perearst on ravi jätkaja nendel juhtudel, mil edaspidine ravi ei nõua tingimata pidevat eriarstlikku jälgimist<sup>23</sup>.

<sup>23</sup> Psühhiaatria eriala arengukava, [www.sm.ee](http://www.sm.ee)

Enamik perearstide poolt ravitud haigusjuhtudest kuuluvad diagnoosigruppidesse F3 (meeleoluhäired) ja F4 (neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed häired) diagnoosirühma kuuluvate ravijuhtudega. Ülejäänud haigusrühmade osatähtsus esmatasandil on juba tunduvalt madalam.

#### 3.2.1.9. Ambulatoorne psühhiaatriline abi

Psühhiaatrilise abi andmisel välditakse võimaluse korral isiku eemaldamist harjumuspärasest elukeskkonnast. Ambulatoorse psühhiaatrilise abi osakaal Eestis tõuseb aasta-aastalt. Jõudsalt on arenenud erapraksised, andes kliendile senisest parema valikuvõimaluse.

Täpsemalt on ambulatoorset psühhiaatrilist abi koos statsionaarse psühhiaatrilise abiga kirjeldatud peatükis 3.2.2.4. Teenuste osutajad vt lisa 2.

Kindlustatud patsientide puhul tasub ambulatoorse psühhiaatrilise abi eest haigekassa, kindlustamata patsient peab abi eest tasuma ise.

#### 3.2.1.10. Statsionaarne psühhiaatriline abi

Kogukondliku teenusena osutatakse statsionaarset psühhiaatrilist abi kesk- ja üldhaiglates (vt lisa 2). Täpsemalt on teenust kirjeldatud peatükis 3.2.2.4.

Kindlustatud patsientide puhul tasub statsionaarse psühhiaatrilise abi eest haigekassa, kindlustamata patsient peab abi eest tasuma ise.

Vältimatu statsionaarne psühhiaatriline abi (sarnaselt muu vältimatu abiga) on tagatud kõigile Eesti Vabariigi territooriumil viibivatele isikutele ning kindlustamata isikutele osutatud abi eest tasutakse riigieelarvest selleks ettenähtud vahenditest.

#### 3.2.1.11. Psühhiaatria päevateenus

Psühhiaatria päevateenust osutavad Eestis kolm tervishoiuasutust: AS Põlva Haigla, SA Pärnu Haigla, SA Rapla Maakonna haigla. Tegemist on psühhiaatrilise abiga, mille osutamise ajal viibib patsient raviasutuses ainult päevasel ajal.

Kindlustatud patsientide puhul tasub psühhiaatria päevateenuse eest haigekassa, kindlustamata patsient peab abi eest tasuma ise.

### 3.2.2. Mitte-kogukondlikud statsionaarsed teenused

#### 3.2.2.1. Ööpäevaringne hooldamine hoolekandeesutuses

Teenus on mõeldud tööealistele psüühilise erivajadusega raske või sügava puudega isikutele, kelle töövõime kaotus on vähemalt 80%.



Teenuse saamise eelduseks on rehabilitatsioonitsükli läbimine. Isikul või tema esindajal tuleb pöörduda kas kohaliku omavalitsuste sotsiaaltöötaja või pensioniameti juhtumikorraldaja poole. Juhtumikorraldaja suunab isiku rehabiliteerimise teenusele, kus rehabilitatsioonimeeskond hindab tema abi vajaduse ning koostab rehabilitatsiooniplaani. Teenusele suunamise aluseks ongi rehabilitatsioonimeeskonna ja ekspertarsti hinnangud rehabilitatsiooniplaanis. Ööpäevaringse hooldamise teenusele hoolekandetasutuses suunab maavanem penisoniameti juhtumikorraldaja saatekirja alusel.

Riigieelarvest tasutakse teenuse osutamisega seotud tegevuskulud (sh eluruumide hooldus), isik tasub toitlustamise ja eluasemekulude eest.

Teenuse taotlemisel tuleb esitada:

- Isiku või tema seadusandliku esindaja kirjalik taotlus;
- Perearsti poolt väljastatud tõend isiku terviseseisundi kohta;
- Sotsiaalkindlustusameti poolt kinnitatud rehabilitatsioonimeeskonna hinnang rehabilitatsioonitsükli tulemustele;
- Rehabilitatsioonimeeskonna poolt koostatud isiku rehabilitatsiooniplaan;
- Isikut tõendav dokument või selle koopia.

#### 3.2.2.2. Ööpäevaringne tugevdatud toetusega hooldamine

Teenus on mõeldud psüühilise erivajadusega sügava liitpuudega või ebastabiilse remissiooniga psüühikahäirega isikutele, kelle töövõime kaotus on vähemalt 90%.

Toetatud elamise teenuse saamise eelduseks on rehabilitatsioonitsükli läbimine. Isikul või tema esindajal tuleb pöörduda kas kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja või pensioniameti juhtumikorraldaja poole. Juhtumikorraldaja suunab isiku rehabiliteerimise teenusele, kus rehabilitatsioonimeeskond hindab tema abi vajaduse ning koostab rehabilitatsiooniplaani. Teenusele suunamise aluseks ongi rehabilitatsioonimeeskonna ja ekspertarsti hinnangud rehabilitatsiooniplaanis. Ööpäevaringse tugevdatud toetusega hooldamise teenusele hoolekandetasutuses suunab maavanem penisoniameti juhtumikorraldaja saatekirja alusel.

Riigieelarvest tasutakse teenuse osutamisega seotud tegevuskulud (sh eluruumide hooldus), isik tasub eluasemekulud.

Teenuse taotlemisel tuleb esitada:

- Isiku või tema seadusandliku esindaja kirjalik taotlus;
- Perearsti poolt väljastatud tõend isiku terviseseisundi kohta;
- Sotsiaalkindlustusameti poolt kinnitatud rehabilitatsioonimeeskonna hinnang rehabilitatsioonitsükli tulemustele;
- Rehabilitatsioonimeeskonna poolt koostatud rehabilitatsiooniplaan;
- Isikut tõendav dokument või selle koopia.

#### 3.2.2.3. Ajutine hooldamine (intervallhooldus)

Teenus on mõeldud eakatele, dementsust põdevatele ja puudega (sh psüühikahäirega) isikutele.

Teenuse osutamist korraldab kohalik omavalitsus. Teenust võivad osutada nii kohaliku omavalitsuse asutused kui eraõiguslikud asutused, kellelt kohalik omavalitsus teenust ostab. Teenuse saamiseks tuleb pöörduda avaldusega kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja või teenuse osutaja poole. Kui teenuse eest tasub täies mahus klient või tema perekond, ei ole kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja poole vaja pöörduda.

Kliendi jaoks on teenus osaliselt või täies mahus tasuline. Teenus taotlemiseks tuleb esitada kirjalik avaldus.

#### 3.2.2.4. Statsionaarne psühhiaatriline abi

Psühhiaatrilist haiglaravi rakendatakse juhul, kui isiku tervise seisundist lähtuvalt ei ole haiglaväline abi piisavalt tõhus või kui isik on temal esineva psüühikahäire tõttu muutunud endale või teistele ohtlikuks.

Psühhiaatriliseks abiks loetakse psüühikahäirete diagnostikat, psüühikahäirega isiku ravi ja taastusabi ning psüühikahäireid ennetav tegevust. Raviprotsess on isiku uurimise, diagnoosimise, ravimise ja taastusabiga seotud tegevus, mis hõlmab suhteid patsiendi ja arsti ning teiste ravimisele kaasatud isikute, raviautuste ja haigekassaga.

Psühhiaatrilist abi antakse vaba tahte avalduse alusel, st isiku soovil või teadval nõusolekul. Piiratud teovõimega isikule antakse psühhiaatrilist abi tema seadusliku esindaja soovil või nõusolekul. Psüühikahäirega isiku ravi ilma tema teadva nõusolekuta või seadusliku esindaja nõusolekuta on lubatud ainult tahtest olenematu vältimatu psühhiaatrilise abi ja kohtu poolt määratud psühhiaatrilise sundravi korral.

Isikul on õigus psühhiaatrilistest uuringutest ja ravist keelduda või neid katkestada, välja arvatud vältimatu psühhiaatrilise abi ja kohtu poolt määratud psühhiaatrilise sundravi korral.

Psühhiaatrilise abi andmisel välditakse võimaluse korral isiku eemaldamist harjumuspärasest elukeskkonnast.

Kindlustatud patsientide puhul tasub ambulatoorse psühhiaatrilise abi eest haigekassa, kindlustamata patsient peab abi eest tasuma ise.

#### 3.2.2.5. Vältimatu psühhiaatriline abi

Kõigile Eesti territooriumil viibivatele isikutele tagatakse vältimatu psühhiaatriline abi. Vältimatut psühhiaatrilist abi saab psüühikahäirega isik vaba tahte avalduse alusel, välja arvatud tahtest olenematu vältimatu psühhiaatrilise abi korral.

Vältimatu psühhiaatriline abi tagatakse psüühikahäirete korral, kus abita jätmise ohustab otseselt isiku elu ning seda antakse isiku tervise seisundist lähtuvalt

kiirabi, haiglavälise või haiglaabi korras. Sageli tuleb vältimatut psühhiaatrilist abi anda haiglas, seetõttu on teema käsitletud käesolevas peatükis.

Kindlustamata isikutele osutatud abi eest tasutakse riigieelarvest selleks ettenähtud vahenditest.

### 3.2.3. Psühhiaatriaiglates ja erihooldekodudes osutatavad teenused

Hetkel on Eestis kaks psühhiaatria erihaiglat (AS Wismari Haigla ja SA Ahtme Haigla), kuid käesolevas dokumendis loetakse psühhiaatriaiglateks ka regionaalhaiglate (SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla ja SA Tartu Ülikooli Kliinikum) psühhiaatriakliinikud ning SA Viljandi Haigla psühhiaatriakliinik.

Ülpool nimetatud institutsioonides osutatakse nii ambulatoorseid kui statsionaarseid psühhiaatriateenuseid lastele ja täiskasvanutele vastavalt Tervishoiuametist väljastatud tegevuslubadele (vt lisa 2).

Erihooldekodusid, kus osutatakse ööpäevaringseid teenuseid on kokku 24 (vt lisa 3).

### 3.2.4. Mitte-vabatahtlikud teenused

#### 3.2.4.1. Ööpäevaringne tugevdatud järelevalvega hooldamine

Teenus on mõeldud psüühilise erivajadusega täiskasvanud isikutele, kellel on raske või sügav puue ning suurenenud ohtlikkus enesele või teistele. Tegemist on isiku tahtvastase (nõusolekuta) hooldamisega hoolekandetasutuse nõ kinnises osakonnas.

Teenusele saab suunata ainult kohtuotsuse alusel. Vastavalt sotsiaalhoolekande seaduse paragrahvile 19 võib isikut tema nõusolekuta kohtuotsuse alusel hoolekandetasutusse paigutada järgmiste asjaolude üheaegsel esinemisel:

- isik on vaimuhaige või alkohoolik või narkomaan;
- hoolekandetasutusse paigutamata jätmise korral on ta endale või teistele ohtlik;
- varasemate abinõude rakendamine ei ole osutunud küllaldaseks või muude abinõude kasutamine ei ole võimalik.

Kohtuotsuse alusel võib isiku paigutada hoolekandetasutusse kuni üheks aastaks. Kui nimetatud tähtaja möödumisel ei ole ära langenud eelpool loetletud asjaolud, mis tingisid isiku nõusolekuta hoolekandetasutusse paigutamise, võib kohus eestkostetasutuse vastava taotluse alusel teha otsuse isiku hoolekandetasutuses hooldamise tähtaja pikendamise kohta ühe aasta kaupa.

Isiku nõusolekuta hooldamine hoolekandetasutuses lõpetatakse, kui on ära

langenud mõni ülalloetletud asjaoludest. Isiku nõusolekuta hooldamise lõpetamisel esitatakse kohtule taotlus isiku teovõime taastamise küsimuse läbivaatamiseks.

Riigieelarvest tasutakse teenus osutamisega seotud tegevuskulud (sh eluruumide hooldus), isik tasub eluasemekulud.

Teenuse taotlemisel tuleb esitada:

kohtuotsus isiku paigutamiseks hoolekandeesutusse või kohtuotsus isiku teovõimetuks tunnistamise kohta seoses ohtlikkusega enesele või teistele;  
perearsti poolt väljastatud tõend isiku tervisliku seisundi kohta;  
isikut tõendav dokument või selle koopia.

#### 3.2.4.2. Tahtest olenematu vältimatu abi

Isik võetakse tema enda või tema seadusliku esindaja nõusolekuta vältimatu psühhiaatrilise abi korras ravile haigla psühhiaatriaosakonda või jätkatakse ravi, tema tahtest olenemata, ainult järgmiste asjaolude koosinemise korral:

isikul on raske psüühikahäire, mis piirab tema võimet oma käitumisest aru saada või seda juhtida;  
haiglaravita jätmisel ohustab isik psüühikahäire tõttu iseenda või teiste elu, tervist või julgeolekut;  
muu psühhiaatriline abi ei ole küllaldane.

Otsuse isik ravile võtta teeb haigla psühhiaatriaosakonna arst vajaduse ilmnemisel viivitamata pärast isiku arstlikku läbivaatust. Isik ei või uuringuid ja ravi katkestada ega haiglast lahkuda.

Tavaliselt toimetatakse tahtest olenematut vältimatut abi vajav isik haiglasse kiirabi, politsei, lähedaste või muude isikute poolt. Arsti kirjaliku taotluse alusel abistab politsei meditsiinitöötajaid isiku kinnipidamisel, arstlikul läbivaatusel ja haiglasse toimetamisel ning tagab isiku vara ajutise kaitse.

Tahtest olenematu vältimatu psühhiaatrilise ravi (edaspidi tahtest olenematu ravi) rakendamise otsusest teavitab arst isikut koheselt ja tema lähedast inimest või seaduslikku esindajat 72 tunni jooksul otsuse vormistamisest. Tahtest olenematu ravi rakendamisel on isiku lähedasel inimesel ja seaduslikul esindajal või nende poolt valitud arstil või advokaadil õigus ravile paigutatud isikuga lühiajaliselt kohtuda. Kohtumise kestuse otsustab raviarst, lähtudes ravile paigutatud isiku tervise seisundist.

Kui arstil puudub teave isiku lähedase inimese või seadusliku esindaja olemasolu ja nende asukoha kohta, teavitab ta tahtest olenematu ravi rakendamisest isiku elukohajärgset kohalikku omavalitsust.

Haigla pea- või ülemarst tagab tahtest olenematult ravile võetud isiku arstliku läbivaatuse kahe psühhiaatri poolt 48 tunni jooksul haiglaravi algusest. Kui üks või mõlemad psühhiaatrid tunnistavad ravile võtmise või ravi jätkamise

põhjendamatuks ning isik ei ole nõus ravile jääma, võib ta haiglast koheselt lahkuda. Kui mõlemad psühhiaatrid tunnistavad isiku ravile võtmise või ravi jätkamise põhjendatuks, jäetakse isik tahtest olenematule ravile kuni 14 päevaks.

Isiku tahtest olenematu ravi haiglas võib kesta üle 14 päeva ainult kohtu loal, mille annab halduskohus haigla pea- või ülemarsti kirjaliku taotluse alusel. Halduskohtunik vaatab läbi tahtest olenematuks raviks loa andmise taotluse ja otsustab loa andmise või sellest keeldumise viivitamata, kohtuistungit korraldamata. Loa isiku tahtest olenematuks raviks võib halduskohtunik anda esimesel korral kuni 30 päevaks. Järgnevatel kordadel võib halduskohtunik pikendada luba kuni 90 päevaks, alates eelmise korra lõppemisele järgnevast päevast.

Kui halduskohtunik keeldub loa andmisest või pikendamisest isiku tahtest olenematuks raviks või tühistab antud loa, võib isik haiglast koheselt lahkuda või jätkata ravi vaba tahte alusel. Isiku tahtest olenematuks vältimatuks psühhiaatriliseks raviks antud loa tühistab halduskohtunik järelevalvet teostava ametniku protesti või ravil viibiva isiku abikaasa, seadusliku esindaja või lähisugulaste taotluse alusel, olles ära kuulunud haigla pea- või ülemarsti või tema kohuseid täitva selleks volitatud arsti seletuse. Vajadusel võib halduskohtunik määrata ravil viibivale isikule kohtupsühhiaatriaekspertiisi.

Kui tahtest olenematu ravi käigus langeb ära vähemalt üks seda põhjustanud asjaolu, lõpetatakse ravi kahe psühhiaatri otsusel ja isik võib haiglast koheselt lahkuda või jätkata ravi vaba tahte avalduse alusel. Kui ravi oli antud kohtu loal, teavitab haigla pea- või ülemarst kohut tahtest olenematu ravi lõpetamisest kirjalikult.

Tahtest olenematul ravil viibiva isikuga ei ole lubatud teha kliinilisi katseid, katsetada uusi ravimeid ega ravimeetodeid. Järelevalvet tahtest olenematu ravi üle teostab Tervishoiuamet.

#### 3.2.4.3. Kohtu poolt määratud psühhiaatriline sundravi

Psühhiaatriline sundravi määratakse kohtu poolt karistusseadustiku alusel. Kohtu poolt määratud statsionaarse psühhiaatrilise sundravi kohaldamiseks paigutatakse isik SA Viljandi Haigla psühhiaatrilise sundravi osakonda (edaspidi psühhiaatrilise sundravi osakond) järelevalve alla tingimustes, mis välistavad ohtlike tegude toimepanemise. Isiku, kellele on kohtu poolt määratud psühhiaatriline sundravi, kohaletoimetamine psühhiaatrilise sundravi osakonda on kohtu pädevuses.

Psühhiaatrilise sundravi osakonnas peavad olema tagatud tavalise ja tugevdatud järelevalve tingimused ning töökorraldus. Järelevalvet psühhiaatrilise sundravi korralduse ja kvaliteedi üle teostab Tervishoiuamet.

Tugevdatud järelevalvega psühhiaatrilise sundravi osakonda valvab politsei või tegevuslitsentsi omav turvaettevõtte. Personali koosseisus peab olema ühe haige kohta vähemalt üks personali ametikoht.

Raviprotsessis on lubatud kasutada vaid teaduslikult põhjendatud ja rahvusvaheliselt tunnustatud meetodeid. Sundravaluse arstlik läbivaatus komisjoni poolt toimub iga kuue kuu järel. Komisjonis osaleb vähemalt kaks psühhiaatrit. Läbivaatuse käigus otsustab komisjon, kas sundravalune oma psüühilise seisundi ja ohtlikkuse poolest vajab sundravi jätkamist haiglas.

Psühhiaatrilise sundravi lõpetamiseks vormistatakse komisjoni arvamus statsionaarse psühhiaatrilise sundravi edasise kohaldamise vajaduse puudumise kohta kohtupsühhiaatrilise ekspertiisi aktiga, millele lisatakse psühhiaatrilise sundravi osakonna juhataja esildis.

### 3.2.5. Multidistsiplinaarsed teenused (rehabilitatsioon)

Rehabilitatsiooniteenus on isiku iseseisva toimetuleku, sotsiaalse integratsiooni ja töötamise või tööle asumise soodustamiseks osutatav teenus, mille raames:

- koostatakse isikule isiklik rehabilitatsiooniplaan kehtivusega kuus kuud kuni kolm aastat;
- osutatakse rehabilitatsiooniplaanis märgitud teenuseid;
- juhendatakse isikut, kuidas rehabilitatsiooniplaanis kirjeldatud tegevusi ellu viia.

Rehabilitatsiooniteenust võib osutada füüsilisest isikust ettevõtja, juriidiline isik, kohaliku omavalitsuse asutus või valitsusasutuse hallatav asutus, kes on registreeritud rehabilitatsiooniteenuse osutajana majandustegevuse registris.

Rehabilitatsiooniteenuse osutaja moodustab rehabilitatsioonimeeskonna, mis koosneb vähemalt viiest erineva eriala spetsialistist, kellel on:

- riiklikult tunnustatud bakalaureusekraad psühholoogias või sellele vastav kvalifikatsioon;
- riiklikult tunnustatud kõrgharidus arstiteaduses või sellele vastav kvalifikatsioon;
- riiklikult tunnustatud bakalaureusekraad sotsiaaltöös või sellele vastav kvalifikatsioon;
- riiklikult tunnustatud kõrgharidus tegevusteraapias või sellele vastav kvalifikatsioon või muu riiklikult tunnustatud kõrgharidus tingimusel, et on läbitud Sotsiaalministeeriumi osalusel korraldatud tegevusterapeudi assistendi täienduskoolituskursus;
- riiklikult tunnustatud keskeriharidus õenduses või riiklikult tunnustatud rakenduskõrgharidus õenduses või sellele vastav kvalifikatsioon;
- riiklikult tunnustatud bakalaureusekraad füsioteraapias või sellele vastav kvalifikatsioon või
- riiklikult tunnustatud bakalaureusekraad eripedagoogikas, logopeedias või pedagoogikas või sellele vastav kvalifikatsioon.

Rehabilitatsioonimeeskond koostab kollegiaalselt isikule tema ja vajaduse korral tema seadusliku esindaja osalemisel rehabilitatsiooniplaani. Somaatilise häire või kahjustusega isikule rehabilitatsiooniplaani koostamisel peab rehabilitatsioonimeeskonda kuuluma füsioterapeut või tegevusterapeut. Meele- või

kõnepuudega või vaimse alaarenguga isikule rehabilitatsiooniplaani koostamisel peab rehabilitatsioonimeeskonda kuuluma eripedagoog või logopeed. Töövõimelisele 18-aastasele kuni vanaduspensioniealisele isikule rehabilitatsiooniplaani koostamisel peab rehabilitatsioonimeeskonda kuuluma psühholoog, kes on läbinud karjäärinõustamise koolituse. Kuni 18-aastasele isikule rehabilitatsiooniplaani koostamisel peab rehabilitatsioonimeeskonda kuuluma eripedagoog.

Teiste hulgas on riigi poolt rahastatavale rehabilitatsiooniteenusele õigus ka 16-aastaselt kuni vanaduspensioniealiseni jõudnud psüühikahäirega isikul, kelle töövõime kaotus on vähemalt 40 protsenti.

Rehabilitatsiooniteenuse raames osutatavate teenuste loetelu, teenuste hinnad ning ühel kalendriaastal riigi finantseeritava rehabilitatsiooniteenuse maksimaalse maksumuse ühe isiku kohta, samuti osutatava ööpäevaringse majutusteenuse hinnad ning ühel kalendriaastal riigi finantseeritava majutusteenuse maksimaalse maksumuse ühe isiku kohta, kui rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks on otstarbekas isiku ööpäevaringne viibimine rehabilitatsiooniteenuse osutamise asukohas, kehtestab Vabariigi Valitsus.

Rehabiliteeritavale ja vajaduse korral ka tema esindajale, kelle elukohad asuvad väljaspool kohaliku omavalitsuse üksust, kus on rehabilitatsiooniteenuse osutamise asukoht, hüvitatakse sõidukulud.

Rehabilitatsiooniteenuse osutamise tagab Sotsiaalkindlustusamet, kes võib rehabilitatsiooniteenuse osutamise halduslepinguga volitada täitmiseks ühele või mitmele majandustegevuse registris rehabilitatsiooniteenuse osutajana registreeritud füüsilisest isikust ettevõtjale, juriidilisele isikule või kohaliku omavalitsuse asutusele.

Rehabilitatsiooniteenuse saamiseks esitab isik Sotsiaalkindlustusametile taotluse, psüühilise erivajadusega isik lisaks perearsti või eriarsti tõendi temal psüühikahäire esinemise kohta.

Sotsiaalkindlustusamet otsustab rehabilitatsiooniteenuse osutamise või sellest keeldumise kümne tööpäeva jooksul, arvates taotluse saamisest. Kui isikul on õigus saada rehabilitatsiooniteenust, väljastab Sotsiaalkindlustusamet talle suunamiskirja rehabilitatsiooniteenuse saamiseks.

Kui isikule rehabilitatsiooniteenuse osutamisel on otstarbekas tema ööpäevaringne viibimine rehabilitatsiooniteenuse osutamise asukohas, peab isikule majutusteenuse osutaja:

- omama tegevusluba statsionaarse tervishoiuteenuse osutamiseks tervishoiuteenuste korraldamise seaduse tähenduses või
- omama turismiseaduse tähenduses majutusettevõtte tunnistust, mis kinnitab majutusettevõtte vastavust turismiseaduse alusel hotellile, külalistemajale või külaliskorterile kehtestatud kohustuslikele nõuetele või
- vastama sotsiaalhoolekande seaduses kehtestatud nõuetele.

### 3.3. Hea praktika näited

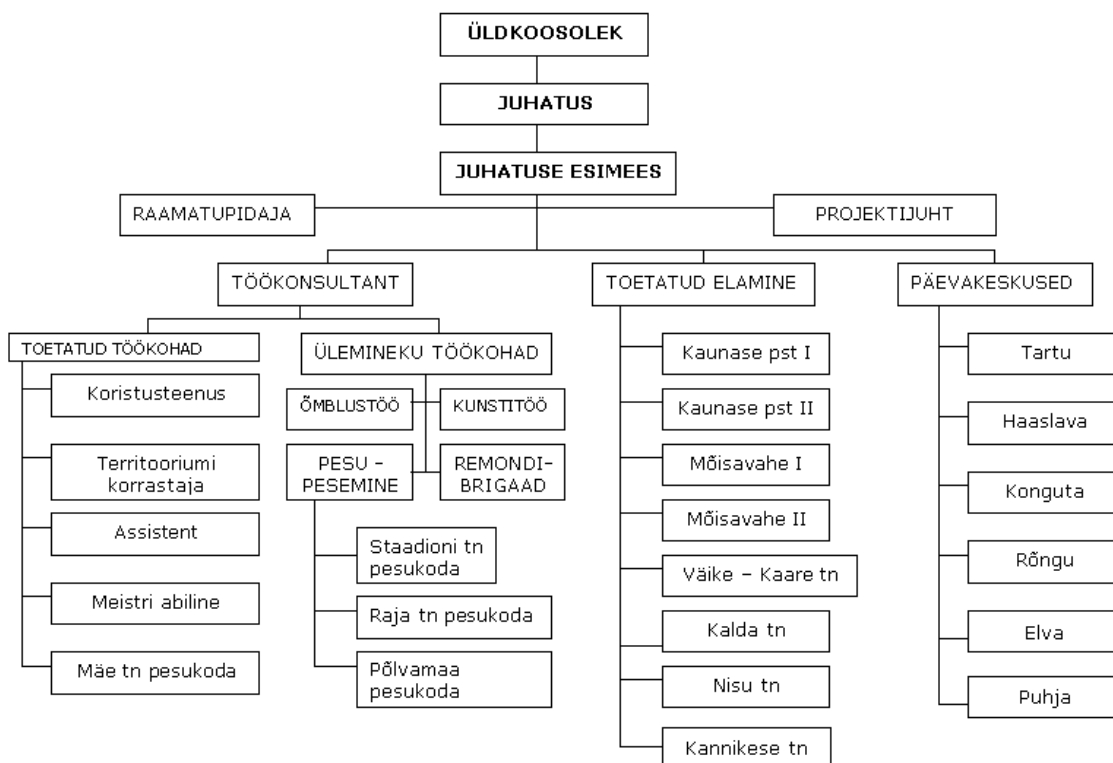
Allpool on toodud mõned hea praktika näited vaimse tervise teenustest.

#### 3.3.1. Toetatud töötamine – MTÜ Iseseisev Elu<sup>24</sup>

MTÜ Iseseisev Elu asutati veebruaris 1997 Tartus nelja vaimse tervise teenuse spetsialisti poolt eesmärgiga edendada püsiva psüühikahäirega inimeste elukvaliteeti arendavaid teenuseid.

Teenuse osutamise põhimõtteks on: nii vähe kui võimalik, nii palju kui vajalik. Praeguseks on ühingu tegutsenud kaheksa aastat ning arenenud rohkem kui 150-le inimesele kolme erinevat teenust pakkuvaks organisatsiooniks. Õnnestunud on avada uusi ja täiendada olemasolevaid töökohti, eluasemeid, tugikeskusi, loodud on toetatud töökohti. Toetatud töötamise teenust pakutakse klientidele 1997. aastast. Alates 2001. aastast ühingul võimalik pakkuda seitsmes eluasemeüksuses toetatud elamise teenust. Igapäevaelu toetamise teenust pakutakse alates 2002. aastast. Ühingu struktuur on toodud alloleval joonisel.

Joonis 2. MTÜ Iseseisev Elu struktuur



<sup>24</sup> Alapeatüki koostamisel on kasutatud materjale MTÜ Iseseisev Elu kodulehelt [www.iseseisev-elu.ee](http://www.iseseisev-elu.ee)



Ühingu õmblus- ja kunstitöötoas töötavad psüühilise erivajadusega inimesed, kes on võimelised valmistama kvaliteetseid tooteid ning teenima endale lississetulekut. Tooteid (sallid, linikud, seinapildid, padjad, voodipesu, pehmed mänguloomad, pajalapid, köögirätikud, klaasimaalid, köögikardinad, kannusoojendajad jms) pakutakse nii eraisikutele kui firmadele. Toodete tegemisel on kasutatud erinevaid tehnikaid ja materjale. Iga ese on tehtud suure hoolikusega ja kõrge kvaliteediga. Ettetellimisel toodetakse esemeid ka suuremates kogustes. Võimalik tellida firma logoga tooteid.

### 3.3.2. Päevahoid – SA Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskus<sup>25</sup>

Sihtasutus Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskus on kohaliku omavalitsuse ametiasutuse hallatava asutuse Vaimse Tervise Hooldekeskus õigusjärglane. Sihtasutuse asutamisosutuse tegi Tartu Linnavolikogu 2003. aastal. Vaimse Tervise Hooldekeskus loodi aga juba 1990. aastate algul.

Hooldekeskuse sihtgrupiks on psüühikahäirega tööelised isikud ja vanurid. Hooldekeskuse missiooniks on võimaldada psüühilise erivajadusega isikutel säilitada või parandada nende toimetulekut igapäevaeluga nii, et nad on edukad ja rahul nende poolt valitud keskkonnas võimalikult vähese professionaalse sekkumisega.

Sihtasutuse Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskus rehabilitatsioonimeeskonna tööpiirkonnaks on eelkõige Tartumaa, Jõgevamaa, Põlvamaa ja Valgamaa.

Osutatavad teenused:

- rehabiliteerimise teenus (asutuses või kliendi elukohas);
- majutus rehabiliteerimise ajal;
- isikliku sotsiaalse rehabilitatsiooni plaani koostamine, ka kliendi elukohas;
- koolitus (psühhosotsiaalseks rehabilitatsiooniks valmisoleku hindamine, juhtumi korraldus, teenuste planeerimine, kliendi seostamine teenustega, teenuste parandamine kliendi vajaduste või õiguste tagamiseks);
- igapäevaelu toetamise teenuse raames rehabilitatsiooniks valmisoleku hindamine (ka majutusega hooldekeskuses), igapäevaelu oskuste säilitamine ja arendamine, perede nõustamine, motiveerivad ja töösarnased tegevused, tööks valmisoleku hindamine;
- psüühikahäiretega vanurite hooldusteenused (ööpäevaringne hooldamine ja päevane hooldamine hooldekeskuses, kodune hooldamine).

Inimese seisundist ja vajadustest sõltuvalt on Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskuses võimalik kasutada psüühikahäiretega eakate jaoks mõeldud erinevaid hoolduse ja järelvalve võimalusi või nende erinevaid kombinatsioone:

---

<sup>25</sup> Alapeatüki koostamisel on kasutatud SA Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskuse kodulehel avaldatud materjale [www.tartuvthk.ee](http://www.tartuvthk.ee)

- toetamine päevakeskuses – eesmärgiks on soodustada, säilitada ja toetada toimetulekut igapäevaeluga võimalikult tavapärasel keskkonnas;
- toetamine kodus – eesmärgiks on parim võimalik toimetulek isiku enda kodus;
- toetamine päevahoolduskeskuses – eesmärgiks on võimaldada kliendil elada oma kodus, vähendada nende sattumist hooldekodusse ja vähendada pereliikmete hooldamisega seotud koormust ning võimaldada lähedastel käia tööl;
- ööpäevaringne hooldamine – eesmärgiks on parim võimalik elukvaliteet institutsioonis;
- koduõendus.

Eakate päevahoolduskeskuse sihtgrupiks on isikud, kellel on vähenenud mälu ja mõtlemisvõime ja kahanenud varasemad käepärased oskused ning kelle hooldamisega perekond kodus enam toime ei tule. Päeva struktureerimine päevakeskuses aitab kliendil elada tavapärasel elu, osaleda erinevates tegevustes ja tagada ohutus eakale endale ja temaga koos olevatele lähedastele. Teenuse osutamine on üks võimalik lahendus vältimaks hoolde- või vanadekodusse paigutamist ja vabastab pereliikmed sageli vaimselt ja füüsiliselt liigkoormavaks muutunud järelvalve- ja hoolduskohustusest.

Päevakeskuses klienti:

- kaasatakse aktiveerivasse tegevusse;
- säilitatakse sotsiaalsed suhted ja kontaktid;
- säilitatakse igapäevaelu oskused;
- struktureeritakse ja sisustatakse vaba aeg;
- juhendatakse ja toetatakse üldiste avalike teenuste kasutamisel;
- kaasatakse töösarnasesse tegevusse;
- toetatakse ja nõustatakse pereliikmeid;
- jälgitakse tervislikku seisundit;
- tagatakse päevane toitlustamine;
- võimaldatakse küllaldane päevane puhkus (olemas voodikohad);
- tagatakse pere- ja/või erialaarsti ettekirjutatud raviplaani jälgimine (kliendil peavad oma ravimid kaasas olema).

Teenuse saamiseks on vajalik kohaliku omavalitsuse sotsiaalabi osakonna suunamine. Suunamise aluseks on pere- ja eriarsti arvamusele tuginev hinnang toetusvajadusele.

Kui palju selline teenus kliendile maksab? Klient maksab toitlustamiskulud: päevane toiduraha on 34 krooni, millest hommikusöök 10, lõunasöök 12 ja õhtusöök 12 krooni. Samuti on kliendil võimalik valida, kas ta sööb kõik toidukorrad või ainult ühe. Võimalik on kaasa võtta oma söök, mille saab sobiva ajani säilitada ja soojendada kui vaja.

Perekonnad, kel ei ole võimalik kasutada kliendi kohaletoomiseks oma transporti, saavad abi omavalitsuselt. 200 krooni eest kuus on eakale tagatud igakordne transport invataksoga keskusesse ja sealt koju. Kõik ülejäänud kulud kaetakse suunava omavalitsuse eelarvest.

Teenuse saamiseks on vaja esitada:

- isiku või tema seadusliku esindaja kirjalik taotlus;
- eriarsti saatekiri, millele vajadusel lisatakse raviplaan;
- perearsti poolt väljastatud tõend isiku terviseseisundi kohta, milles märgitakse ära raskete (pidevat ravi nõudvate) somaatiliste haiguste esinemine ja kinnitatakse, et suunataval isikul ei esine vastunäidustusi suunamiseks;
- suunatava isikut tõendav dokument või selle koopia.

Vastunäidustusteks suunamisele on:

- nakkushaigused aktiivset ravi vajavas ja/või nakkavas faasis;
- sõltuvus alkoholist või narkootilistest ainetest juhtiva psüühikahäirena;
- statsionaarset ravi vajav psüühikahäire;
- ambulatoorselt korraldamata ravi.

### 3.3.3. Haabersti Klubimaja<sup>26</sup>

Haabersti Klubimaja (algse nimetusega Haabersti Psühhosotsiaalse Rehabilitatsiooni Keskus) loodi Tallinnas 1996 munitsipaalasutusena vaimse tervise projekti raames koostöös Kanadaga. Haabersti linnosas (45 000 elanikku) algatati pilootprogramm, millega rõhutati vajadust rehabilitatsiooniteenuste, haiglavälise psühhiaatrilise abi ja haigete perekonnaliikmete koolitusprogrammi järele. Algselt oli keskus ettenähtud eelkõige Haabersti linnaosa elanikele, kuid praeguseks on liikmeid kogu Tallinnast. Alates 2001 töötatakse Tallinna Vaimse Tervise Keskuse koosseisus. Pakutakse klubimaja mudelil päevakeskuse teenust Tallinnas elavatele psüühikahäirega inimestele.

Tegemist on sotsiaalse leiutisega, spetsiaalse psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni mudeliga, mis nüüdseks on levinud 28 riigis. Haabersti Klubimaja on esimene omataoline nii Eestis kui ka Baltimaades.

Klubimaja propageerib Fountain House'i filosoofiat, mis sai alguse New Yorgist 1948. Usutakse, et vaimselt haigel inimesel on õigus mõtestatud tööle, toetavale ühiskonnale, hariduse saamisele, täisväärtuslikule puhkusele. Iga päev oodatakse teda klubimajja, ta on maja kõige tähtsam liige oma soovide, hirmude ja unistustega. Klubimaja pakub igapäevast töö tegemise võimalust erinevates üksustes, üleminekutööd avatud tööturul, sotsiaalnoustamist, võimalust taastada ununenud sotsiaalseid oskusi või omandada uusi. See on koht uute suhete loomiseks ning sõprade leidmiseks.

Klubimaja sisaldab endas nelja sügavalt tähtsat sõnumit igale inimesele, kes otsustab selle programmiga liituda. Need sõnumid – liikmeksolek, olla oodatud, olla tahetud ja olla vajatud – moodustavad klubimaja mudeli tuumiku ja tähtsaima osa.

---

<sup>26</sup> Alapeatüki koostamise kasutatud Haabersti Klubimaja kodulehel avaldatud materjale [www.hot.ee/vaimsetervisetugigrupid/TallinnHaabersti.html](http://www.hot.ee/vaimsetervisetugigrupid/TallinnHaabersti.html)

Klubimaja on klubi, ja nagu kõik klubid kuulub see neile, kes seal osalevad. Programmist osavõtjad, on klubi liikmed ning nii neid ka kutsutakse. Liikmeksolemise mõiste annab osalejatele kuuluvustunde, tunde, et kuulutakse vitaalsesse ja tähtsasse ühiskonda, kuhu igaüks võib anda olulise panuse ja kus igaüks võib osaleda kõikides tegevustes koos kaasliikmetega.

Kõik liikmed tunnevad iga päev, et neid oodatakse ja et nende tulek on igaühele oluline. Klubimaja programmi elemendid on planeeritud nii, et iga liige tunneks end tahetuna klubimajja kui programmi kaasaaitaja. Programm ei saa toimida ilma liikmete osavõtuta ja koostööta. Personaliga külg külje kõrval töötavad liikmed võtavad programmi igast tegevusest ühiselt osa.

Inimesed, kes tulevad klubimajja, teevad seda seetõttu, et nad on programmi poolt tahetud, aga mitte sellepärast, et nad vajavad hädasti teenuseid, mida see programm pakub.

Klubimaja programmist lähtuvalt on eesmärgiks panna iga liige tundma end tahetuna kui kaasaaitaja programmi töös. Kõik kontoritööd, toidu ostmine ja serveerimine, teenistuskorrad, maja korrashoid ja muud toimetused klubimajas tehakse personali ja liikmete koostöös. Nii rahuldab klubimaja sügavalt inimlikku soovi olla vajatud, tunda end olulise liikmena paljutähendavas grupis, ja samal ajal annab igale liikmele tunde, et igaüks tegeleb kõigega. Vastastikune tugi, ühine hoolitsemine iga liikme heaolu ja edukuse eest, on Fountain House'i idee tuum ja on aluseks kõigele, mis tehakse, et garanteerida seda, et iga liige tunneks end programmis vajalikuna.

Lisaks täidab mudel nelja vundamentaalselt ja lähedalt seotud uskumust:

- usk psühhiaatrilise patsiendi potentsiaalsesse loovusse;
- usk, et töö, eriti võimetus pürgida ning kätte võita tasustatav töö, on sügavalt tootev ja täiendav jõud iga inimese elus;
- eelnevate uskumustega on tihedalt seotud arvamus, et mehed ja naised vajavad võimalusi seltskondlikuks koosolemiseks;
- klubimaja mudel sisaldab samuti elamispinna programmi arendamist, mis tagab selle, et iga liige võiks elada korralikus ja meeldivas elukohas.

Klubimaja mudeli programm koosneb osadest: eelkutseline päevaprogramm, üleminekutöö programm, õhtu ja nädalalõpu programmid (seitse päeva nädalas), elamispinna programm, tagasiside programm, säästupoe programm, klubimaja ajalehed, klubimaja nimi, nõustamine ja tervis, hinnang ja klubimaja vastutus.

Klubi töös lähtutakse rahvusvahelistest klubimaja standarditest, mis hõlmavad liikmeksolemist, suhteid, tööle orienteeritud päeva, tööhõivet, maja funktsioone ja juhtimist. Klubimaja liikmeks olemine on vabatahtlik, annab valikuvõimaluse, on ajalise piiranguta ning tasuta. Haabersti Klubimajal on 80 liiget, päevane külastatavus 25-30 inimest.

Klubimajad moodustavad üle maailma ühtse võrgustiku, mille liikmete - üle maailma tegutsevate klubimajade - jätkuvas koostöös areneb ja täiustub ka

klubimaja mudel. Haabersti Klubimaja on Klubimajade rahvusvahelise arenduskeskuse liige alates 1998. aastast.

#### 3.3.4. DBSA Tallinn City Noorte Toetusgrupp

Noorte toetusgrupp on loodud eesmärgiga pakkuda inimlikku toetust spetsiaalselt esmase psühhooi kogemusega noortele. Toetusgrupi sihiks on kasvatada noortes positiivsust ning usku ja lootust, et täielik tervenemine on võimalik. Grupiliider omab ise pikaajalist haiguskogemust.

Grupil on olemas ka professionaalsed nõustajad. Noorte toetusgrupi põhireegel on: "Kõik, mida me siin räägime, jääb meie vahele!". Grupp töötab mudeli alusel, mille on välja töötanud Ameerikas tegutsev Depression and Bipolar Support Alliance (DBSA) ühendus.

DBSA viis põhireeglit on:

- usalduslikkus;
- lahkus ja toetus;
- vastutulelikkus;
- osalusõigus;
- nõustamine.

Grupp koosneb kaheteistkümnest inimesest ning saab kokku regulaarselt korra nädalas (kolmapäeviti) ja sessiooni pikkuseks on 2 tundi. Grupiliikmele on osalemine tasuta. Alates jaanuarist 2005 on Noorte Toetusgrupp ametlikult tunnustatud DBSA ühenduse täieõiguslikuks liikmeks ning grupp tegutseb Eestis kui esimene DBSA mudelit järgiv eneseabigrupp.

#### 3.3.5. Psühhiaatriline abi patsiendile lähemale – OÜ Jaanson & Lääne näitel

OÜ-s Jaanson & Lääne pakub psühhiaatriateenuseid seitsmes erinevas asukohas: Elvas, Otepääl, Tartus, Tõrvas, Valgas, Võrus ja Põlvas. Osauhingus töötavate psühhiaatrite sõnul võib neid võrrelda perearstidega, kes asuvad oma patsientidele võimalikult lähedal. Tegemist on haiglavälise eriarstiabi osutamise keskustest väljaspool.

Teenuse viisid nad Tartust teistesse regioonidesse 2003. aastal. Põhjuse selleks andis asjaolu, et kõnealustes piirkondades oli väga vähe psühhiaatreid, seetõttu kannatas abi kättesaadavus. Sellest omakorda aga tulenes sagedasem haiglaravi vajadus. Ka praegu on regioonides professionaalide puudus, kuid psühhiaatrilise abi teenus on siiski tunduvalt kättesaadavam.

OÜ-l Jaanson & Lääne on ca 8000 patsienti, aastas tehakse ca 15-16000 visiiti. Nende teeninduspiirkonnas asuvad Erastvere, Paju, Valga, Kodijärve hooldekodud, kus elavad kestva ning raske psüühikahäirega kliendid. Diagnoosidest on esindatud kõik psüühikahäired, enim on siiski depressiivseid ja depressiiv-ärevaid häireid, kuid palju on ka psühhootiliste häiretega patsiente.

Osahingus on tööl psühhiaatrid ja psühholoogid. Rehabilitatsiooniteenust ei osutata, kuid koostöö perearstide, sotisaaltöötajate ja kohalike haiglatega on tihe ning paraneb iga aastaga. Perearstid on osahingu poolt osutatavate teenustega rahul, patsientidele on abi tunduvalt käepärasem ning arstidele erialaspetsialistide näol ka konsultatsioonivõimalus lähedal olemas.

Teenuse osutamise tegelikud kulud ületavad enamasti Eesti Haigekassa poolt hinnakirja alusel makstava summa. Palju ressursi kulub transpordile ja ruumide rendile. Päevas läbib üks psühhiaater keskmiselt 100-150 kilomeetrit. Seetõttu peab vastuvõtt olema täis registreeritud, muidu tuleb teenuse osutajal oma tegevusele nõ peale maksta. OÜ Jaanson & Lääne osanike arvates psühhiaatrilise abi sellisel viisil osutamisel aga kindlasti on tulevikku, sest psühhiaatrite kuhjamine tõmbekeskustesse nagu Tallinn ja Tartu ei taga eriala ühtlast arengut ega abi kättesaadavust.

### 3.3.6. Psühhiaatria päevateenus SA Pärnu Haigla psühhiaatrikliinikus

SA Pärnu Haigla psühhiaatrikliiniku eripäraks on integratiivse psühhiaatria võtete kasutamine. Kliinik koosneb järgmistest üksustest:

- statsionaarne üksus: akuutosakond, üldosakond ja depressiooni osakond;
- ambulatoorne üksus: psühhiaatrite (sh ka lastepsühhiaatri) vastuvõttud, kahekohaline päevastatsionaar narkomaanidele, psühholoogide vastuvõttud;
- päevastatsionaar;
- rehabilitatsiooniüksus.

Päevateenusena osutatav psühhiaatriline abi on eriti sobiv teatud kindlate häiretega, näiteks psühhootiliste ja söömishäiretega patsientidele. Taoline abi aitab vähendada statsionaarsete voodikohtade vajadust ilma, et abi kvaliteet kannataks. Samuti on selline abi vorm patsientidele sobilik just seetõttu, et nad saavad jätkata elu tavapärasele võimalikult lähedases rütmis ega pea haiglas ööbima.

### 3.4. Vaimse tervise rahastamine<sup>27</sup>

Käesolevas peatükis on käsitletud vaimse tervise rahastamist, kusjuures detailsemalt on kirjeldatud tervishoiuteenuste hüvitiste, ravimihüvitiste ja hoolekande kulusid.

Ravikindlustusega, mida korraldab Eesti Haigekassa (edaspidi haigekassa), on hõlmatud 94% kogu elanikkonnast. Ravikindlustuse eelarve kujuneb tööandjate poolt töötajate palgalt makstavast 33% sotsiaalmaksu 13-protsendisest osast.

Ravikindlustuse vahendid kogutakse kõigist haigekassa piirkondadest ühtsesse eelarvesse. Tagasi piirkondadesse jaotatakse ressursid vastavalt kindlustatud isikute arvu järgi piirkonnas, mis tähendab, et tagatakse ressursside olemasolu ka vaesematesse piirkondadesse. Ressursside jaotamine raviasutustele ja erialadele toimub ajaloolise raviteenuste kasutamise (võrreldakse ka kindlustuse piirkondasid ja pakkujaid) ja järjekordade alusel.

Vaimse tervise puhul on lisaks tervishoiule teiseks oluliseks valdkonnaks hoolekanne, Riigieelarvest psüühilise erivajadusega inimeste riiklikuks hoolekandeks eraldatud rahalised vahendid jaotatakse maavalitsuste vahel lähtudes teenust vajavate isikute arvust arvestades seejuures ka maakonnas osutatavate teenuste mahtusid.

Käesolevas peatükis ei ole käsitletud esmaabile, vältimatule abile, ennetusele ja edendamisele kulusid. Töövõimetuse kulud psüühikahäirete korral võivad olla märkimisväärsed, kuid ka seda teemat käesolevas peatükis ei käsitleta. Ajutise töövõimetuse maksed tulevad Eestis ravikindlustuse eelarvest, aga need ei ole otseselt seotud isiku diagnoosiga, mis aitaks eristada spetsiifiliselt psüühikahäirete tõttu haigestumise ja seeläbi töölt eemaloleku ning makstavate hüvitiste kulusid. Sotsiaalkindlustussüsteemi üks osa, pikaajaline töövõimetus ja vaegurlus käesolevas peatükis samuti põhjalikku käsitlust ei leia.

Lisaks ei ole ülevaates käsitletud isikute enda väljaminekuid eraarsti visiitideks väljaspool ravikindlustussüsteemi nagu näiteks eraarsti või psühholoogi poole pöördumine, hindamata on ka käsimüügiravimite ja soodustusega ravimite kulud.

#### 3.4.1. Tervishoiuteenuste hüvitised

Tervishoiuteenuste eest tasumise määratleb täpsemalt ravikindlustuse seadus ja selle seaduse alusel loodud teised õigusaktid. Ravikindlustuse eelarve on 2005. aastal kokku 6 749 miljonit krooni, sh tervishoiuteenusteks on eelarves ette nähtud 4 683 miljonit krooni (69% ravikindlustushüvitiste eelarvest), ravimitele 893 miljonit krooni (13% ravikindlustushüvitiste eelarvest) ning ajutise töövõimetuse hüvitistele 1 248 miljonit krooni (18,5% ravikindlustushüvitiste eelarvest). Ravikindlustushüvitiste kulud on läbi aastate oluliselt suurenenud, kuid kõige

<sup>27</sup> Peatüki aluseks Triin Habichti ja Maie Thetloff'i poolt avaldatud „Vaimse tervise rahastamine Eestis“ (2003), teksti on käesoleva dokumendi jaoks kohandanud ja toimetanud Aive Sarjas.

enam on seejuures suurenenud ravimihüvitised (aastatel 1996-2005 üle kuue korra).

Tervishoiuteenuste osutajate rahastamine ravikindlustushüvitiste eelarvest toimub läbi ravi rahastamise lepingute. Ravi rahastamise lepingud teenuse osutajatega sõlmib haigekassa. Leping sätestab ravikindlustuse eelarvest saadavate vahendite mahu järgmiseks aastaks ning lisaks sellele lepitakse kokku keskmise ravijuhu maksumus ja ravijuhtude arv erialade lõikes. Iga ravijuhu eest tasumine toimub elektrooniliselt esitatavate arvete alusel. Raviarvele märgitakse patsiendile osutatud tervishoiuteenused lähtudes tervishoiuteenuste loetelust, mis sätestab erinevate teenuste piirhinnad.

Tervishoiuteenuste loetelu koosneb erinevat tüüpi tasustamise viisidest nagu uuringud, voodipäevad (erinevate erialade lõikes), komplekshinnad, ambulatoorsed visiidid jms. Kokku on erinevaid positsioone loetelus u 1800. Haigekassa võtab tasu maksmise kohustuse üle üksnes ravikindlustust omavatel isikutel ning üksnes nende teenuste ulatuses, mis on välja toodud tervishoiuteenuste loetelus.

Üheks oluliseks muutuseks alates 2002. aasta lõpust on patsiendi omaosaluse maksimummäärade sätestamine ravikindlustuse seadusega. Kuna seaduses on näidatud ära võimalused visiiditasuks ja voodipäevatasuks, siis on mitmed raviasutused on lisaressursside saamiseks seda võimalust ka kasutanud. Eriarsti visiidi maksimummääraks on 2005. aastal 50 krooni ning voodipäevatasuks 25 krooni päevas, kuni 10 järjestikuse päeva eest ühe ravijuhu korral. Momendil ei ole hinnatud kui suur on selle tagajärjel lisanduv rahavoog psühhiaatrilisele abile, kuna asutused on võimalusi erinevalt rakendanud.

Isikutel, kellel ravikindlustust ei ole, tuleb tasuda neile osutatud tervishoiuteenuste eest ise. Teoreetiliselt on võimalik, et omavalitsuse eelarvest tasutakse kindlustamata isikute ravikulud, kuid see on iga kohaliku omavalitsuse otsustada. Ravikindlustuseta isikute vältimatu abi kulud kaetakse riigieelarvest.

#### 3.4.1.1. Esmatasandi arstiabi

Eestis toimub esmatasandi arstiabi rahastamine pearaha süsteemi alusel, mida on kombineeritud muude tasudega. Muudeks tasudeks on:

baasraha, mis on mõeldud perearsti tööks vajalike seadmete muretsemiseks ja koolituseks;  
kauguse lisatasu, kui lähim perearstipraksis asub 40 km kaugusel;  
täiendav tasu 18,4% ulatuses pearaha tasust pearaha sisse mittekuuluvate uuringute ja protseduuride läbiviimiseks.

Seega ei tasuta perearstidele eraldi psühhiaatrilisele abile suunatud teenuste eest, vaid nad saavad rahastatud eelnimetatud tasude alusel. Rahastamissüsteemi tõttu saab psüühikahäirete ravikulud esmatasandil vaadata üksnes hinnanguliselt. Lähtudes RHK-10-st (rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon, ingl. k. lüh ICD-10) Foo-F99 diagnoosiga patsientide vastuvõttude arvust ning keskmisest vastuvõtu



kulust. Perearsti keskmine vastuvõtu kulu 2002. aastal oli 88 krooni, mis on leitud jagades esmatasandi kogukulud (v.a uuringute lisaraha) kõigi vastuvõttude arvuga. Selliselt arvatuna olid psüühikahäiretega patsientide vastuvõtukulud 2002. aastal esmatasandil kokku ca 9 miljonit krooni. Keskmine vastuvõtukulu ühe kindlustatu kohta on haigekassa piirkondade lõikes erinevad varieerudes ligi 2,5 korda. Silmatorkavalt madalad on esmatasandi kulutused psüühikahäiretele Ida-Viru osakonna kindlustatute seas 3,7 krooni ühe kindlustatu kohta). Kõige suuremad olid kulud aga Pärnu ja Rakvere piirkonnas (vastavalt 9,3 ja 9,2 krooni ühe kindlustatu kohta).

Enamus esmatasandi (ehk perearstide) kuludest (ligi 80%) on seotud F3 (meeleoluhäired, 38 krooni vastuvõtul käinud isiku kohta) ja F4 (neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed häired, 41 krooni vastuvõtul käinud isiku kohta) diagnoosirühma kuuluvate ravijuhtudega. Ülejäänud haigusrühmade osatähtsus on esmatasandil juba tunduvalt madalam (F2 – skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired 5 krooni vastuvõtul käinud isiku kohta).

#### 3.4.1.2. Eriarstiabi

##### Kindlustatud isikud

Psühhiaatrilises eriarstiabis toimub teenuse osutajate tasustamine statsionaaris peamiselt voodipäevade alusel.

Voodipäevatasude osas toimus muutus 2003. aasta alguses, kus lühendati maksimaalselt lubatud voodipäevade arvu (st päevade arv, mille ulatuses haigekassa võtab üle tasu maksmise kohustuse) ja samal ajal toodi lisaks sisse akuutpsühhiaatria voodipäeva teenus. Mõlema teenuse piirhinnad suurenesid varasemaga võrreldes. Nüüdseks on põhilisteks statsionaarse arstiabi tasustamise võimaluseks psühhiaatria voodipäev, mille puhul maksimaalne lubatud voodipäevade arv on 20 päeva (eelnevalt oli 35 päeva) ja piirhinnaks 674 krooni. Akuutpsühhiaatria, mida rakendatakse tahtest olenematu ravi korral, on maksimaalselt lubatud tasuda kuni 14 päeva eest ja ühe voodipäeva hinnaks 872 krooni<sup>28</sup>. Selline muudatus tervishoiuteenuste loetelus on sisse viidud eesmärgiga suunata teenuse osutajaid kergema haigusseisundiga patsiente ravima pigem ambulatoorselt ning hospitaliseerima peamiselt raskemaid patsiente (sellest ka keskmise tasu suurenemine päeva kohta).

Ambulatoorses psühhiaatrias on peamiseks tervishoiuteenuse osutaja tasustamise viisiks vastuvõtu tasu. Tervishoiuteenuste loetelus on eraldi välja toodud psühhiaatri vastuvõtt (hind 149 krooni), psühholoogi vastuvõtt (hind 121 krooni) ja psühhiaatrilise ravimeeskonna vastuvõtt (178 krooni). Viimane on uue teenusena lisatud 2003. aastast ning seisneb vastuvõtus kahe spetsialisti poolt, andes täiendava võimaluse ambulatoorse psühhiaatrilise ravi arendamiseks.

Uuringuteks ja protseduurideks on tervishoiuteenuste loetelus otseselt psühhiaatrilises abis kasutamiseks välja toodud vaid üksikud teenused, milleks

---

<sup>28</sup> Tervishoiuteenuste loetelu, [www.haigekassa.ee](http://www.haigekassa.ee)

peamiselt on psühhoteraapia seansid erinevatele sihtrühmadele (üks patsient, haigete rühm, perekond). Samuti võivad psühhiaatrid osutada teisi teenuseid, mis ei ole otseselt seotud psühhiaatria erialaga, kuid on tarvilikud haiguse diagnoosimiseks ja raviks.

Eriarstiabi kulused psüühikahäiretega isikute ravile saab hinnata kahel moel: vaadates F-diagnoosiga isikute ravikuluseid (olenemata sellest, mis eriala spetsialisti poolt on vastava põhidiagnoosiga arve esitatud) või psühhiaatria eriala (siia alla võivad sattuda ka teise põhidiagnoosiga patsiendid) kuluseid. Psühhiaatria eriala ravikulud on valdavalt (99%) seotud ravijuhtudega, kus põhidiagnoosiks on psühhiaatriline häire. Psühhiaatria eriala kulu ühe kindlustatu kohta erinevates Eesti piirkondades oli 2002. aastal väga erinev. Kõige väiksem oli see Ida-Virumaal (3,7 krooni), millest vaid 11% moodustas ambulatoorne eriarstiabi. Kõigis teistes regionides oli ambulatoorse eriarstiabi suhe enam kui 10% suurem moodustades 21-23% kogukuludest.

Vaadates kulutusi ravijuhtudele, kus põhidiagnoos kuulub psüühikahäirete alla (F00 – F99), saab ulatuslikumalt käsitleda psüühikahäireid, millega puutuvad kokku erinevad erialad. Arvesse on võetud need ravijuhud, kus põhidiagnoos on psüühikahäire. Psüühikahäirete ravikuludest kaeti 87% psühhiaatria, 4% pediaatria, 3% teraapia, 2% neuroloogia ja ülejäänud 4% muude erialade lepingumahtudest. Analüüsitud ei ole taastusravi kulused.

Kogu ambulatoorse eriarstiabi kulud 2003. aastal olid kokku 794 miljonit krooni, millest 4,4% moodustas psüühikahäirete ravi. Kogu statsionaarse eriarstiabi kulud olid aga 1 915 miljonit krooni ning psüühikahäiretele minev osa moodustas sellest 4%. Kokku on 2003. aastal F-diagnoosiga ravijuhtudele kulunud 121 miljonit krooni, sh ambulatoorsele ravile 30 miljonit, mis on 25% eriarstiabi kuludest. Erinevaid piirkondi võrreldes selgub ka siinkohal, et ambulatoorse arstiabi osatähtsus on Ida-Virumaal tunduvalt madalam kui teistes piirkondades. Samas on statsionaarse abi kulud Ida-Virumaal kõige suuremad.

Ambulatoorse ja statsionaarse eriarstiabi kulude jaotumist saab välja tuua ka erinevate psüühikahäirete lõikes. Ambulatoorselt on suurimad kulud seotud rühmaga F4 (neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed häired), mis moodustab veerandi psüühikahäirete ambulatoorsetest ravikuludest. Järgmiseks on suurimad ambulatoorsed kulud diagnoosirühmadega F3 (meeleoluhäired) ja F2 (skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired). Statsionaari suurimad kulud (41%) on seotud diagnoosirühmaga F2 (skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired). Diagnoosirühmaga F3 (meeleoluhäired) on seotud 17% ja F0 (orgaanilised psüühikahäired) 15% psüühikahäirete statsionaarsetest ravikuludest.

### Kindlustamata isikud

Vältimatut abi on õigus saada igal Eesti Vabariigi territooriumil viibival kodanikul. Lähtuvalt tervishoiuteenuste korraldamise seadusest peetakse vältimatuks abiks tervishoiuteenust, mille edasilükkamine või osutamata jätmine võib põhjustada abivajaja surma või tervisekahjustuse. Psühhiaatrilise abi seadus rõhutab veel omakorda, et kõigile Eesti territooriumil viibivatele isikutele tagatakse vältimatu

psühhiaatriline abi. Seda osutatakse vastavalt seisundile, kas kiirabi, ambulatoorse või statsionaarse abi korras. Kui tegu on ravikindlustust mitteomava isikuga, siis hüvitatakse nende vältimatu abi ravikulud riigieelarvest.

Alates 2002. aastast on kindlustamata isikute eriarstiabi ravikulud võimalik jälgida läbi haigekassa andmebaasi. Ravikindlustuseta isikute ravikulud 2002. aastal olid kokku 61 miljonit krooni, millest psüühikahäirete ravikulud moodustasid 2,5 miljonit krooni (so 4%). Ambulatoorse abi osakaal ravikindlustuseta isikute psüühikahäirete ravikuludes oli madal, moodustades kõigest 5%.

Kulud ravikindlustuseta isiku kohta olid ambulatoorse eriarstiabi puhul 165 krooni ja statsionaarses abis 3024 krooni. Ravikindlustust omavatel isikutel olid need summad vastavalt 376 krooni ja 8738 krooni. Mitmekordne erinevus tuleb sellest, et kindlustamata isikutele osutatakse üksnes vältimatut abi.

Kõige enam kindlustamata isikuid ja kõige suurem osa rahast on seotud pühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühikahäirete raviga, kuhu kulub 44% statsionaarse (kindlustatute puhul oli see osakaal ainult 7%) ja 54% ambulatoorse vältimatu abi rahast (kindlustatute puhul vastav osakaal 17%). Skisofreenia, skisotüüpsete ja luululiste häirete ravile kulub 36% statsionaarsetes ravikuludest (kindlustatute puhul oli vastav osatähtsus 41%).

#### 3.4.1.3. Hooldusravi

Statsionaarse eriarstiabi kõrval on väga oluliseks arstiabi liigiks ka hooldusravi, mille osatähtsus on kasvamas. 2002. aastal moodustas hooldusravi eelarve ca 2% eriarstiabi eelarvest. Psüühikahäiretega patsientide hooldusravile kulus 2,3 miljonit krooni, mis moodustas umbes 2% psüühikahäiretele minevatest eriarstiabi kuludest. Tõenäoliselt sellest, et hooldusravi teenust on finantseeritud vähese hulga isikute puhul, on ravikulude väga ebahühtlane ka jaotus haigekassa piirkondade vahel, olles suurim 3,6 krooni ühe kindlustatud isiku kohta Tartu piirkonnas ja madalaim 0,7 krooni Ida-Viru piirkonnas (erinevus on ligi viiekordne). Sarnaselt on ka ravikulud ravi saanud isikute kohta piirkonniti väga erinevad: Tartu piirkonnas 22,5 tuhat ja Lääne piirkonnas 2,5 tuhat krooni (erinevus siin juba ligi üheksakordne). Samuti tuleb arvestada sellega, et hooldusravi võimalused on piirkonniti erinevad.

Tabelis 9 on toodud hooldusravi kulud psüühikahäirete lõikes. Rohkem kui 70% hooldusravi saanud isikutest on üle 65-aastased ja seetõttu on täiesti oodatav, et peamine osa ravikuludest (so 59%) on seotud orgaaniliste psüühikahäirete raviga. Kulude osas on teiseks oluliseks haigusrühmaks ka skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired, millele kulub 30% psüühikahäirete hooldusravi kuludest.

#### 3.4.2. Ravimihüvitised

Ravimite kompenseerimine on Eestis korraldatud läbi soodusravimite loetelu, kuhu kantud ravimitele võivad kehtida 50, 75, 90 ja 100% soodustuse määrad.

Ravimisoodustuse tasub haigekassa ainult juhul, kui vastav preparaat on kantud soodusravimite loetellu koos soodustuse määraga. Omaette loetelud on 75 ja 100% soodustusega ravimitele, kus on kirjeldatud haigusseisund, ravim ja kellel on õigus vastavat retsepti väljastada. Enamuse psüühika ja käitumishäirete diagnooside korral on 2005. aastal lubatud 100% soodustuse määr, st patsiendil tuleb tasuda omaosalus 20 krooni ning ülejäänud osa kaetakse ravikindlustuse poolt. Piiranguks on, et 100% soodustusega ravimite väljakirjutamise õigus on vaid psühhiaatril ja mõnede ravimite puhul ka neuroloogil.

Ravikindlustuse vahenditest psüühikahäirete puhul kasutatavate soodusravimite kulude arvutamisel on lähtutud psüühikahäiretega patsientide (diagnoos F00-F99) poolt retsepti alusel välja ostetud psühhotroopsete ravimite hüvitistest. Arvestatud ei ole ravimitega, mida ei hüvitata ravikindlustuse vahenditest. Vastav hüvitiste summa oli 2002. aastal kokku 33,6 miljonit krooni, mille moodustavad põhiliselt 100 ja 50 protsendilised hüvitised ning väiksemal määral 75 ja 90 protsendilised hüvitised. Kokku moodustab see ligi 4% kogu 2002. aasta ravimihüvitiste summadest.

Perearsti poolt väljakirjutatud ravimeid on psüühikahäirete korral hüvitatud ligi 10 miljonit krooni ulatuses, mis moodustab 30% psüühikahäirete ravimihüvitiste kogukuludest.

Kui vaadata ravikindlustuse kulutusi lähtuvalt RHK-10 jaotusest, siis enam on ressursse kulunud skisofreenia, skisotüüpsete ja luululiste häirete ning meeleoluhäirete ravimihüvitistele. Nende kahe haigusrühma kulud moodustavad 74% ravimihüvitiste kogumahust. Haigusseisundite lõikes tuleb välja ka erinev omaosaluse määr kogukuludest, mis kõigub 14% skisofreenia, skisotüüpsete ja luululiste häirete korral kuni 70% söömishäirete, unehäirete ja seksuaaldüsfunktsioonide korral. Psühhiaatrilise abi ravimitest läheb enamus isiku tasutavast omaosalusest meeleoluhäirete raviks, moodustades 57% kogu omaosaluse summadest. Kui vaadata nii ravikindlustuse kulusid kui ka omaosalust, siis 87% rahadest jaotub kolme haigusrühma (F2, F3 ja F4) raviks.

### 3.4.3. Hoolekande kulud

Sotsiaalteenuseid finantseeritakse Eestis riigieelarvest, kohalike omavalitsuste eelarvetest ning leibkonna väljaminekutest. Täiskasvanud tööealistele psüühilise erivajadusega isikutele, eelkõige raske ja pikaajalise psüühikahäirega (sh ka vaimse puudega) klientidele suunatud teenuseid finantseeritakse riigieelarvest Sotsiaalministeeriumi ning tema hallatava asutuse Sotsiaalkindlustusameti kaudu. Raske vaimupuudega lastele suunatud teenuseid finantseeritakse samuti suures mahus riigieelarvest, kuid maavalitsuste ning Sotsiaalkindlustusameti kaudu.

Kergema psüühikahäirega kliendid kasutavad üldisi avalikke teenuseid (sh sotsiaalteenuseid, mis on mõeldud kogu elanikkonnale), mille eest tasutakse reeglina valla- või linnaeelarvetest.

Peaaegu kõik psüühilise erivajadusega isikutele suunatud teenused eeldavad ka tasumist leibkonna väljaminekutest. Aluse selleks annab sotsiaalhoolekande seadus, mille kohaselt võib osutatud sotsiaalteenuse eest võtta tasu, mis oleneb teenuse mahust, maksumusest ja perekonna või isiku majanduslikust olukorrast. Sotsiaalteenuse hinna määrab teenust osutav või teenuse eest tasuv asutus.

Psüühiliste erivajadustega inimeste hoolekandeks on 2005. aastal riigieelarves planeeritud 150,6 milj krooni, sellest 117,5 milj krooni eraldistena (maavalitsustele) ning 33,1 milj krooni tuludena majandustegevusest (klientide osamaksetest).

Erivajadustega (sh psüühikahäiretega) inimeste rehabilitatsiooniks on 2005. aasta riigieelarves Sotsiaalkindlustusameti eelarvesse planeeritud 21,7 milj krooni.

Riigieelarvest hüvitatakse psüühiliste erivajadustega inimese riikliku hoolekande kulu, kui:

- isikule osutatava teenuse kulu on kuni 31. detsembrini 2004. a hüvitatud seaduse „2004. aasta riigieelarve jao 14 „Maavalitsused” all artikligrupis „Eraldised” määratud vahenditest;
- isik vastab sotsiaalministri hoolekandeaastustele ja hoolekandeteenustele esitatavad kohustuslikud nõuetega sätestatud teenuste kättesaamise kriteeriumitele.

Psüühiliste erivajadustega inimeste riiklikuks hoolekandeks eraldatud rahalistest vahenditest hüvitatakse selliste hoolekande teenuste kulud, mis vastavad samas kehtestatud nõuetele. Hoolekande teenuse kulu hüvitatakse kehtestatud määra ja arvestusühiku alusel.

Tabel 3. Psüühilise erivajadusega inimeste riiklike hoolekandeteenuste kulude hüvitamise määrad 2005

<b>Teenus</b>	<b>Arvestuse ühik</b>	<b>Maksumus kroonides</b>
Igapäeva elu toetamine	isiku kohta kuus	850.–
Toetatud elamine	isiku kohta kuus	1300.–
Elamine kogukonnas	isiku kohta kuus	2450.–
Töötamise toetamine	isiku kohta kuus	735.–
Ööpäevaringne hooldamine	isiku kohta kuus	3130.–
Ööpäevaringne tugevdatud toetusega hooldamine	isiku kohta kuus	5050.–
Ööpäevaringne tugevdatud järelevalvega hooldamine	isiku kohta kuus	4350.–

Allikas: Riigi Teataja

Ööpäevaringse hooldamise korral kinnitab majutamise ja toitlustamise kulude maksumuse piirmäärad maavanem.

Psüühiliste erivajadustega inimeste teenuste kulu hüvitamiseks jaotatakse vahendid lähtudes isikute tegelikust arvust maakonnas 1. jaanuari 2005. a seisuga.

Maavanem eraldab vahendid kulude hüvitamiseks teenuse osutajale ning sõlmib kulude hüvitamiseks eraõigusliku juriidilise isiku või kohaliku omavalitsusüksuse asutusega lepingu.

2003. aastal jagunes psüühilise erivajadusega inimeste hoolekandeteenuste finantseerimine erinevate osapoolte poolt alljärgnevalt:

Tabel 4. Psüühilise erivajadusega inimeste hoolekandeteenuste kulud ja finantseerimine 2003.aasta jooksul

Teenuse liik	2003.a jooksul teenust saanud isikute arv kokku	Kulutused teenusele kokku, krooni	Kulutusi finantseeris, krooni			
			isik	kohalik omavalitsus	riigieelarve	muud allikad
A	1	2	3	4	5	6
Igapäeaelu toetamine	1525	13 576 399	37 263	3 942 029	9 470 752	126 355
Toetatud elamine	565	12 472 954	3 398 508	1 152 938	7 875 993	45 515
Elamine kogukonnas	28	1 791 008	354 498	0	776 000	660 510
Töötamise toetamine	516	3 673 014	71 130	190 950	3 345 188	65 746
Ööpäevaringne hooldamine	2130	90 271 289	23 977 409	346 651	65 843 944	103 285
Ööpäevaringne tugevdatud toetusega hooldamine	94	6 580 306	1 240 306	0	5 340 000	0
Ööpäevaringne tugevdatud järelvalvega hooldamine	189	10 226 697	1 892 837	0	8 307 600	26 260
Majutuse teenus	25	1 433 562	1 261 682	171 880	0	0
Kokku	5072	140 025 229	32 233 633	5 804 448	100 959 477	1 027 671

#### 3.4.4. Eneseabigruppide ja organisatsioonide kulud

Eneseabigruppide ja organisatsioonide kulusid ei ole võimalik välja hinnata, kuna nende finantseerimisallikad on ebastabiilsed, enamasti on tegevus projektipõhine ning riiklikku statistilist andmestikku selle kohta ei koguta.

## 3.5. Kvaliteedi ja vaideesitamise süsteem

### 3.5.1. Tervishoiuteenused<sup>29</sup>

Kvaliteedinõuded tervishoiuteenustele sõnastati 2001. aastal vastu võetud tervishoiuteenuste korraldamise seaduses. Selle seaduse kohaselt kehtestab sotsiaalminister nõuded tervishoiuteenuse kvaliteedile ja kättesaadavusele. Lisaks sellele sätestati miinimumnõuded tervishoiutöötajatele ja tervishoiuteenuste osutajatele. Kõigile tervishoiutöötajatele ja tervishoiuteenuste osutajatele anti aega kolm aastat (ehk 31. detsembrini 2004) oma tegevuse kooskõlla viimiseks kehtivate nõuetega.

Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse kohaselt on kõik tervishoiuteenuste osutajad eraõiguslikud isikud (nii juriidilised kui ka füüsilised) ning see on toonud kaasa ka lisanõudmised juhtimise kvaliteedi arendamiseks.

Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise võib jaotada kolmeks valdkonnaks:

- Struktuuri kvaliteedi tagamine ehk nõuded teenuse osutajale (inimestele, hoonetele, ruumidele, sisseseadele) on enamasti sätestatud õigusaktidega;
- Protsessi kvaliteedi tagamine ehk nõuded teenuse osutamise viisile (diagnostika, ravi, õendustegevus, taastus, ennetus) on enamasti reguleeritud juhendite ja hea tava järgimisega. Õigusakte rakendatakse protsessi kvaliteedi tagamisel suhteliselt harva;
- Tulemuste kvaliteet ei ole üldjuhul sätestatud õigusaktidega, enamasti sätestatakse tulemuste kvaliteet tervishoiuteenuse osutaja ja ostja vahelistes kokkulepetes.

Sotsiaalminister on seaduse alusel ja selle täitmiseks välja andnud alljärgnevad vaimse tervise kontekstis olulist tähtsust omavad ning teenuste kvaliteeti tagavad määrused:

- Nõuded haiglavälise eriarstiabi osutamiseks vajalikele ruumidele, sisseseadele ja aparatuurile;
- Haigla liikide nõuded;
- Haigla majutuse standardtingimused;
- Haigla funktsionaalse arengukava ja ehitusprojekti meditsiinitehnoloogia osa kinnitamise kord;
- Nõuded õendusabi iseseisvaks osutamiseks vajalikele ruumidele, sisseseadele ja aparatuurile;
- Nõuded perearsti tegevuskoha ruumidele, sisseseadele ja aparatuurile;
- Kiirabibrigaadi koosseisu ja vasutuse nõuded ning tööjuhend;
- Tervishoiuteenuste osutamist tõendavate dokumentide loetelu ja vormid ning tervishoiuteenuste dokumenteerimise kord;
- Perearsti tööjuhend;
- Tervishoiuteenuste kättesaadavuse nõuded;

<sup>29</sup> Alapeatüki koostamisel on kasutatud Sotsiaalministeeriumi poolt välja antud dokumenti „Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamine Eestis” (2005), [www.sm.ee](http://www.sm.ee)

- ┆ Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded;
- ┆ Tervishoiuteenuse osutamise kvaliteedile eskperthinnagu andmise kord.

Tervishoiuteenuste korraldamise seadusega tervishoiuteenuste osutajatele sätestatud nõuete täitmise üle teostavad järelevalvet maavanem ja Tervishoiuameti selleks volitatud ametnikud. Maavanem teostab järelevalvet maakonnas perearsti nimistu alusel tegutsevate perearstide tegevuse üle. Tervishoiuameti selleks volitatud ametnikud teostavad järelevalvet perearstide, kiirabi osutajate, eriarstiabi osutajate ja iseseisvalt õendusabi osutajate tegevuse üle. Erialast järelevalvet vanglas osutatavate tervishoiuteenuste üle teostab sotsiaalminister.

Tervishoiuteenuse osutamise kvaliteedile eksperdihinnangu andmiseks on sotsiaalministri määruse alusel Tervishoiuameti juurde moodustatud alaliselt tegutsev nõuandva õigusega arstiabi kvaliteedi ekspertkomisjon, mille tegevuse eesmärgiks on patsiendile osutatud tervishoiuteenuse kvaliteedile sõltumatu eksperdihinnangu andmine.

Komisjon lähtub otsuse tegemisel tervishoiuteenuse osutamist tõendavate dokumentide, seletuskirjade ja erialaasjatundjatelt tellitud eksperdihinnangute erapooletust analüüsist ning tervishoiuteenuse vastavusest selle teenuse osutamise ajal kehtestatud nõuetele ja arstiteaduse üldisele tasemele, üldtunnustatud headele arstlikele tavadele ja eetikanormidele. Otsus võetakse vastu konsensuse alusel, konsensuse mittesaavutamisel lihthäälteenamusega.

Teisese arvamuse saamise võimalus ja kord on sätestatud ravikindlustuse seaduses, mille kohaselt tasub Eesti Haigekassa ühekordselt teisese arvamuse saamiseks seotud kulud (ka juhul, kui teisese arvamuse saamiseks tuleb pöörduda välismaale).

### 3.5.2. Sotsiaalteenused

Sotsiaalteenustele ning sotsiaalteenuste osutajatele ja osutamisele esitatavad nõuded peavad olema sätestatud seaduses, juhul kui seadus ei sätesta teisiti. Mitmete teenuste (nt psüühilise erivajadusega inimestele suunatud sotsiaalteenuste) osutajatele ja osutamisele on seni nõuded kehtestatud sotsiaalministri määrusega, kuna aga sotsiaalhoolekande seadus sotsiaalministrile selleks otsest volitusnormi ei anna ning ka õiguskantsler on vastavale ebakõlale tähelepanu juhtinud, valmistab Sotsiaalministeerium 2005. aasta sügiseks ette sotsiaalhoolekande seaduse muutmise seadust.

Ainus vaimse tervise kontekstis oluline teenus, millele esitatavad nõuded on sätestatud sotsiaalhoolekande seaduses, on rehabilitatsiooniteenus (vt 3.2.4).

Sotsiaalteenuste puhul universaalne kaebuste lahendamise süsteem puudub. Samas on olemas erinevaid võimalusi, kuhu klient või tema esindaja rahulolematuse korral pöörduda võivad.



Isik, kes leiab, et rehabilitatsiooniteenuse osutaja teostatud haldusmenetluse käigus või haldusaktiga on rikutud tema õigusi või piiratud tema vabadusi, võib kolme kuu jooksul, arvates päevast, millal isik vaidlustatavast toimingust või haldusaktist teada sai või oleks pidanud teada saama, esitada vaide Sotsiaalkindlustusameti juures asuvale riikliku pensionikindlustuse seaduse alusel moodustatud vaidluskomisjonile.

Teiste sotsiaalteenuste korral, kui klient pole saanud teenusega rahul, on tal õigus pöörduda maavanema poole, kelle halduspiirkonnas vastavat teenust osutati. Sotsiaalhoolekande seaduse kohaselt on maavanemal või tema volitatud isikul kohustus kontrollida tema halduspiirkonnas osutatavate sotsiaalteenuste, vältimatu sotsiaalabi ja muu abi kvaliteeti ning teostada järelevalvet riigi poolt sotsiaalhoolekandeks eraldatud sihtotstarbeliste vahendite üle. Vastav kirjalik ettekanne esitatakse Vabariigi Valitsusele vähemalt kord aastas.

Kaebuse läbivaatamise tulemusel puuduste ilmnemisel on maavanemal õigus teha teenuse osutajale ettepanek puuduste kõrvaldamiseks.

Erialast järelevalvet vanglas osutatavate sotsiaalteenuste üle teostab sotsiaalminister.

Juhul, kui pädevat vaidlusküsimustega tegelevat organisatsiooni ei suudeta tuvastada, võib klient oma õiguste kaitseks pöörduda halduskohtusse.

## 4. Vaimse tervise teenuste tarbijad

### 4.1. Peamised kasutajagrupid<sup>30</sup>

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

Tabel 5. Võimalik psüühikahäirega isikute arv Eestis

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

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

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

<sup>30</sup> Peatükk pärineb käsiraamatust „Psüühilise erivajadusega inimeste hoolekanne Eestis”. V. Paavel, J. Kõrgesaar, A. Sarjas, S. Sõmer. V. Vasar. (2000/2001)

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

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

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

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

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

## 4.2. Haigestumus

Haigestumine psüühikahäiretesse on jätkuvalt suurenenud ja vaatamata elanikkonna märgatavale vähenemisele on psühhiaatriliste teenuste vajadus viimase kümne aasta vältel pidevalt kasvanud, eriti meeleolu- ja ärevushäirete esinemissagedus. Tõusnud on alkoholist tingitud vältimatut statsionaarset abi vajavate raskete psüühikahäirete nagu alkoholpsühhoosid ja võõrutusdeliirium sagedus ning narkomaania levik. Eeldades, et sotsiaal-majanduslik olukord Eestis paraneb, võib prognoosida haigestumuse määra stabiliseerumist lähema 10 aasta vältel, millele viitab ka haigusjuhtumite kordaja tõusu aeglustumine ja suitsiidikordaja vähenemine viimastel aastatel.

Tabel 6. Täiskasvanute uued psühhiaatrilised haigusjuhud soo ja vanuse järgi, 2002

Psüühika- ja käitumishäired	RHK-10 kood	Sugu	Vanuserühm								Kokku	Kokku 100000 elaniku kohta
			15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+		
<b>KOKKU</b>	<b>F00-F98</b>	<b>M</b>	<b>1140</b>	<b>960</b>	<b>1873</b>	<b>1944</b>	<b>1560</b>	<b>752</b>	<b>433</b>	<b>202</b>	<b>8 864</b>	<b>1 743,3</b>
		<b>N</b>	<b>1000</b>	<b>996</b>	<b>1993</b>	<b>2012</b>	<b>2120</b>	<b>1370</b>	<b>1035</b>	<b>792</b>	<b>11 318</b>	<b>1 822,9</b>
Orgaanilised - k.a sümptomaatilised - psüühikahäired	F00-F09	M	68	49	71	110	155	188	226	160	1027	202,0
		N	21	19	55	64	177	284	486	642	1748	281,5
Psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired	F10-F19	M	168	375	932	1027	802	257	76	10	3647	717,3
		N	72	107	178	202	219	74	17	2	871	140,3
Skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired	F20-F29	M	18	30	59	55	25	17	16	2	222	43,7
		N	12	25	67	43	81	57	45	25	355	57,2
Meeleoluhäired	F30-F39	M	116	161	265	302	228	129	46	14	1 261	248,0
		N	218	257	603	640	665	422	200	51	3 056	492,2
Neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed häired	F40-F49	M	285	209	435	374	284	115	59	14	1775	349,1
		N	408	466	983	961	909	480	258	63	4 528	729,3
Psüühika- ja käitumishäired füsioloogilise düsfunktsiooniga	F50-F59	M	12	13	12	14	29	25	9	2	116	22,8
		N	71	49	38	37	36	39	24	9	303	48,8
Täiskasvanu isiksus- ja käitumishäired	F60-F69	M	43	64	67	33	16	12	0	0	235	46,2
		N	19	34	42	36	16	6	1	0	154	24,8
Vaimne alaareng	F70-F79	M	135	42	29	28	18	8	1	0	261	51,3
		N	59	33	23	22	14	8	3	0	162	26,1
Psühholoogilise arengu häired	F80-F89	M	143	6	1	0	1	0	0	0	151	29,7
		N	57	1	0	1	1	0	1	0	61	9,8
Tavaliselt lapseeas alanud käitumis- ja tundealuhäired	F90-F98	M	152	11	2	1	2	1	0	0	169	33,2
		N	63	5	4	6	2	0	0	0	80	12,9

Allikas: Sotsiaalministeerium

Statsionaarsete haigusjuhtude arv on pidevalt kasvanud, ilmselt osaliselt ka korduvate hospitaliseerimiste arvelt. Sagenenud on alkoholist tingitud psühhootiliste häirete sagedus, aga ka raskete depressioonide sagedus<sup>31</sup>.

Aastail 1992-1996 sooritasid Eestis alla 14-aastased lapsed enesetappusid sama palju kui sellele eelneval 20 aastal. Enesetapp on 15-29-aastaste noorte suurim surmapõhjus Eestis. Suitsiide sooritavad enam mehed kui naised ja maal toimub neid rohkem kui linnas. Ekspert hinnanguil on suitsiidkatseid 10-30 korda ja suitsiidkavatsusi kuni 200 korda rohkem kui suitsiide. Suitsiidid on seotud ravimata depressiooni, alkoholismi ja ka õpitud abituse sündroomiga. Alkoholi tarvitamist peetakse loomulikuks stressi maandamisel ja lõdvestumisel. Alkoholi ja narkootikumide tarvitamine on saanud noortekultuuri ja vaba aja veetmise osaks<sup>32</sup>.

---

<sup>31</sup> Psühhiaatria erialakomisjoni aruanne eriala probleemidest 2004. aasta seisuga (2005).

<sup>32</sup> Vaimse tervise poliitika alusdokument, [www.praxis.ee](http://www.praxis.ee)

### 4.3. Eneseabigrupid ja organisatsioonid

Psühhikahäiretega inimeste poolt või nende toetuseks moodustatud valitsusväliseid organisatsioone on Eestis vähe, seetõttu on ka eneseabigruppide roll vaimse tervise poliitika mõjutamisel olnud tagasihoidlik. Sarnaselt suundumustega mujal maailmas hakkasid ka Eestis varem arenema organisatsioonid, mille tegevus on suunatud vaimupuudega inimestele.

Vaimupuuetega Inimeste ja nende toetajate organisatsioonide katusorganisatsiooniks on Eesti Vaimupuudega Inimeste Tugiliit (EVPIT), millel on 22 liikmesorganisatsiooni (vt 1.2.4).

Psüühikahäiretega isikute poolt moodustatud eneseabigruppe ja vaimse tervise tugigruppe on vähe, need on koondunud suurematesse linnadesse (vt 1.2.4).

#### 4.3.1. Patsientide esindus, inimõiguste kaitse ja teenuste kasutajate õigusabi<sup>33</sup>

1994. aastal registreeriti mittetulundusühinguuna Psühhiaatriliste Patsientide Esindusühing (lüh PPE). Tänapäevaks on ühingu tegevusvaldkond laienenud, lisaks psüühikahäiretega patsientidele esindatakse ka teisi tervishoiu- ja hoolekandeteenuste tarbijaid. Ühing kannab nimetust Eesti Patsientide Esindusühing (lüh EPE), tema tegevuse eesmärgiks on aidata kasutada ravi- ja hoolekandeteenuseid tarbivatele inimestel põhiseaduse ning teiste õigusaktidega sätestatud õigusi. Ühingul on neli kontorit – Tallinnas, Tartus, Pärnus ja Viljandis (vt lisaks ka 1.2.4).

Kliendijuhtumite arv on seotud EPE kabinettide arvu ja finantseerimise mahuga. 1994. aastal oli juhtumeid 254 ning kliente 188, 2004. aastal aga vastavalt 1800 ning 2350. Umbes 30% teenindatud klientidest ja juhtumitest on seotud psüühikahäiretega.

Samas ei näita pöördumiste arv mitte potentsiaalset abivajajate arvu, vaid ainult seda osa abivajajatest, keda jõutakse teenindada. Kui töö hulk hakkab nõ üle pea kasvama, peavad EPE töötajad pöördujatele ära ütleva. Oma töös on esindajad märganud ka seda, et kohe kui kuhugi patsientide õigustest rääkima minna ja ühtlasi ka EPET tutvustada, siis järgeneb sellele massiliselt pöördumisi samast piirkonnast. Seega, mida rohkem inimesed oma õigustest ning esindusteenuse olemasolust teavad rohkem, seda rohkem oskavad õiguste rikkumisi märgata ning pöörduda.

Klienditöö põhimõtted EPE-s on:

- kaitsta kliendi huve;
- lähtuda konfidentsiaalsusnõudest;
- juhendada kliendi soovidest;

<sup>33</sup> Alapeatüki koostamisel on kasutatud EPE kodulehel [www.epey.ee](http://www.epey.ee) avaldatud materjale

- ┆ otsida lahendusi, mitte süüdlasi;
- ┆ toetuda faktidele ja õigusaktidele;
- ┆ tegutseda vahendajana.

EPE töötaja on tervishoiuasutustest sõltumatu töötaja, kes aitab kliendil leida tema probleemidele õigusi ja vajadusi arvestades parim lahendus. EPE annab patsientidele informatsiooni patsientide õiguste kohta ning aitab tema poole pöördunud klientidel oma õigusi teostada.

Vajadusel vormistatakse probleem kaebusena ning edastatakse raviasutusele või arstiabi kvaliteedi ekspertkomisjonile või mõnele muule pädevale institutsioonile. EPE töötaja ei ole probleemide lahenduste valikul ainuotsustaja, tema ülesandeks on aidata kliendil orienteeruda vastavas seadusandluses ning aidata ametlikus asjaajamises. EPE kaudu on võimalik esitada ka kiitusi ja tänusõnu raviasutuste ning nende töötajate hea töö kohta.

EPE tegevus patsiendiesindusteenuse pakkumisel on olnud finantseeritud riigieelarvest ning tegevus reguleeritud 1995-2002 Sotsiaalministeeriumiga sõlmitud lepingute alusel. 2003. aastal rahastati teenuse osutamist Hasartmängumaksu Nõukogu poolt hasartmängumaksu seaduse alusel kogutud vahenditest (samuti riigieelarvest) ning 2004. aastal oli patsiendiesinduse teenus osaliselt finantseeritud jällegi Sotsiaalministeeriumi eelarve kaudu.

Kõige suurema mahu patsiendiesindusteenuse osutamisest võtab individuaalsete juhtumite lahendamine. Patsiendid sooviksid saada rohkem informatsiooni ja selgitust ka alternatiivsete ravivõimaluste kohta. Väga palju on kaebusi ja rahulolematust perearstisüsteemiga, patsientidel on jäänud mulje, et arstid püüavad nende arvel raha kokku hoida ning ei suuna edasi vajaliku eriarsti juurde ega taha tulla koduvisiidile. Eriarstisüsteemile heidetakse ette patsientide jooksumist, mõttetut analüüside kordamist erinevate arstide poolt ning raskendatud võimalust eriarsti vastuvõtule pääseda. EPE töötajatele valmistab kõige suuremaid raskusi ravivigadega seotud probleemide lahendamine, mille teeb keeruliseks sõltumatu eksperthinnangu saamine. Probleemide lahendamisel on EPE töötaja suhtes kliendiga kui nõunik, kes aitab tal erinevaid võimalusi näha ning seejärel patsiendi soovile vastavat lahendust leida.

EPE tegevuses on olulisel kohal süsteemne töö – hoolekande- ja tervishoiuteenuseid osutavates asutustes ette tulevate probleemide tõstatamine ja lahendusele kaasaaitamine.

EPE kontorites töötavad patsiendinõustajad ja juristid, kelle poole võib pöörduda vastuvõtuaegadel või helistada informatsiooni saamiseks. EPE kontorites on saadaval bukletid patsientide õigustest eesti ja vene keeles. EPE poolt pakutav konsultatsioon ning patsientide kaebuste kohtueelne asjaajamine on klientidele tasuta. Kohtujuhtumite korral maksab õigusabi tund EPE-s 350 krooni.

2000. aastal Open Society Institute'i poolt finantseeritud õigusabi projekti "Võrdsus kõigile" raames loodi Tallinnas SA Õigusteenuste Büroo. Klientidele

pakub abi kolm põhitöökohaga juristi ning büroo osutab teenuseid väga madala teenustasu eest.

Tasuta õigusabi tagamine vähekindlustatutele, kelle hulka kuuluvad sageli ka psüühikahäirega inimesed, on siiski probleem. EPE on aastaid selle lahendamise nimel lobitööd teinud. Riigi õigusabi seadus reguleerib lisaks riigi õigusabi andmisele ka mittetulunduslike õigusteenust osutavate juriidiliste isikute toetamise. See tähendab, et riigieelarvest toetatakse ka isikutele tasuta õigusabi andvaid ühinguid. Riik toetab riigieelarves selleks ettenähtud vahendite piires tulumaksusoodustusega mittetulundusühingute ja sihtasutuste nimekirja kantud või nendega võrdsustatud mittetulundusühinguid ja sihtasutusi, kelle tegevus on oluline üldise õigusnõustamise kättesaadavuse parandamiseks ning kes suudavad tagada abivajajatele kvaliteetse õigusabi andmise.

Toetust taotlev mittetulundusühing või sihtasutus esitab taotluse toetuse saamiseks Justiitsministeeriumile. EPE poolt esitatud taotlust patsientidele õigusabi osutamise toetamiseks jäi 2005. aastal rahuldamata. Samas, finantseeringu sai SA Õigusteenuste Büroo projekt 620 000 krooni ulatuses.



## 5. Inimressurss – olemasolu ja vajadus

### 5.1. Tervishoiuspetsialistid<sup>34</sup>

Tervishoiuteenuste osutajate pädevuse tagamise eelduseks on tänapäeva nõuetele vastav tervishoiutöötajate koolitus. Eestis toimub arstide ja hambaarstide väljaõpe Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas. Tervishoiutöötajate koolituse nõuded on sätestatud õigusaktides. Kõrgharidusstandard kehtib kõrgharidustaseme kõikidele astmetele ja õppevormidele, olenemata õppeasutuse õiguslikust seisundist. Õdede koolitust reguleerib rakenduskõrgkooli seadus.

Ülikooliseaduse kohaselt on arsti- ja hambaarstiõppe bakalaureuse- ja magistriõppe integreeritud õppekavadel põhinev õpe. Arstiõppe nominaalkestus on kuus ja hambaarstiõppe nominaalkestus viis aastat. Arstiõppe kliiniline õpe korraldatakse Tartu Ülikooli Kliinikumis, arsti- ja hambaarstiõppele järgneb kolme- kuni viieaastane residentuur ühel arsti- või hambaarstierialal. Ämmaemandaõppe nominaalkestuseks on 4,5 aastat ja õeõppe nominaalkestuseks 3,5 aastat ning koos lisaspetsialiseerumisega 4,5 aastat. Alates 1997. aastast on arstiteaduskonna arsti- ja hambaarstiteaduse õppekavad ning 1996. aastast õdede ja ämmaemandate õppekavad viidud vastavusse Euroopa Liidu õppesisu koordineerivate direktiividega.

Õdede erialase koolituse põhimõtted töötas Sotsiaalministeeriumis kokku kutsutud töörühm välja 2003. aastal.

Tervishoiuamet kui riigi esindaja annab tervishoiutöötajale õiguse osutada tervishoiuteenuseid kvalifikatsiooni tõendavas dokumendis ja registreerimisel väljastatavas tõendis märgitud erialal. Registreerimise aluseks on määrused, kus võetakse arvesse tervishoiutöötaja põhikoolitus, eriala omandamine, atesteerimine ja töökogemus, et tagada ainult kvalifitseeritud spetsialistide pääsemine registrisse. Erialade loetelu on kinnitatud sotsiaalministri määrustega.

Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse kohaselt on tervishoiutöötajad arstid, hambaarstid, õed ja ämmaemandad. Kõikide teiste kutsealade esindajate kvalifikatsiooninõuded on sätestatud kutseaduses. Kutseaduse alusel on loodud Kutsekvalifikatsiooni Sihtasutus (ingl. k. Estonian Qualification Authority), mille üheks ülesandeks on ka tervishoiusüsteemis töötavate spetsialistide (nt füsioterapeudid, logopeedid, optometristid jt) kutsestandardite väljatöötamine.

Struktuuri kvaliteedi tagamiseks on välja töötatud tervishoiutöötajate pädevuse hindamise põhimõtted. 2002. aasta 1. jaanuarist volitas riik tervishoiutöötajate pädevuse perioodilise hindamisega tegelema eriala- ja kutseühendusi. 2002. aastal töötati välja eriarstide pädevuse hindamise põhimõtted ja süsteem ning 2003. aastal õdede ja ämmaemandate pädevuse hindamise põhimõtted ja süsteem. Pädevuse hindamine on tervishoiutöötaja jaoks vabatahtlik.

<sup>34</sup> Alapeatüki koostamisel on kasutatud dokumenti „Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamine Eestis”. (2005)

Eriarstide pädevuse hindamist korraldavad erialaseltsid. 2004. aasta lõpuks ei olnud Eesti Psühhiaatrite Selts sertifitseerimist veel korraldanud. Õdede pädevuse hindamist korraldab Eesti Õdede Liit.

Lähtudes optimaalsetest koorumusnormidest ning Sotsiaalministeeriumis välja töötatud tervishoiutöötajate ettevalmistamise prognoosi mudelist peaks optimaalseks psühhiaatrite arvuks aastal 2015 olema 260 psühhiaatrit. Mudel võtab arvesse arstide vajaduse, tööaja, koolitused, puhkused, patsientide arvu, juhtude arvu, momendil töötavate arstide vanuse, võimaliku migratsiooni ja ka muud näitajad. Igal aastal esitab Sotsiaalministeerium riikliku tellimuse vähemalt 8 psühhiaatriasidendi (sh 1 lastepsühhiaatria residendi) vastuvõtmiseks.

Psühhiaatrite Seltsi arvates on spetsialistide vajadus alljärgnev:

- Ambulatoorse psühhiaatrite vajadus – 1 psühhiaater 10 000 elaniku kohta;
- Lastepsühhiaatrid – 1 lastepsühhiaater 40 000 elaniku kohta;
- Statsionaarne töö – psühhiaatrite arv sõltub voodikohtade ja valveringide arvust (90-100 psühhiaatrit);
- Muud valdkonnad – õppe- ja teadustöö, kohtupsühhiaatria, vanglapsühhiaatria (5-10 psühhiaatrit).

Vajalik on täpsustada psühhiaatriaõdede, kliiniliste psühholoogide, logopeedide ja teiste spetsialistide vajadus<sup>35</sup>.

Eesti Õdede Liit prognoosib psühhiaatrias õendustöötajate vajaduseks aastaks 2005 750, aastaks 2010 900 ja aastaks 2015 1200. <sup>36</sup>

Tervishoiuameti tervishoiutöötajate registrisse on 14.05.2005 seisuga kantud 213 psühhiaatrit ja 278 psühhiaatriaõde.

---

<sup>35</sup> Psühhiaatria erialakomisjoni aruanne eriala probleemidest 2004. aasta seisuga (2005).

<sup>36</sup> Õendusala arengukava 2002-2015, [www.ena.ee](http://www.ena.ee)

## 5.2. Sotsiaaltöö spetsialistid

Sotsiaaltöö spetsialiste koolitatakse nii akadeemilistes kõrgkoolides (Tartu Ülikool, Tallinna Pedagoogiline Ülikool), rakenduskõrgkoolides (TÜ Pärnu Kolledž, TPÜ Virumaa Kolledž, Lääne-Virumaa Kutsekõrgkool, Tallinna Pedagoogiline Seminar) kui kutseõppeasutustes. Nii nagu tervishoiutöötajate puhulgi määrab Vabariigi Valitsuse määrusega kehtestatud kõrgharidusstandard kindlaks kõrghariduse üldnõuded. Kõrgharidusstandard kehtib kõrgharidustaseme kõikidele astmetele ja õppevormidele, olenemata õppeasutuse õiguslikust seisundist. Osade sotsiaaltöö spetsialistide (nt sotsiaalpedagoogide) koolitust reguleerib rakenduskõrgkooli seadus.

Tallinna Avahoolduse Arenduskeskusel kui seni ainsal sotsiaalvaldkonna kutseid omistaval organisatsioonil on vastavalt Tervishoiu ja Sotsiaaltöö Kutsenõukogu otsusele tegevusluba järgmiste kutse kvalifikatsioonide omistamiseks:

- ┆ hoolekandeametuse juht V;
- ┆ sotsiaaltöötaja III;
- ┆ sotsiaaltöötaja IV;
- ┆ sotsiaaltöötaja V;
- ┆ sotsiaalhooldaja II;
- ┆ sotsiaalhooldaja III;
- ┆ hooldusõde II;
- ┆ hooldusõde III;
- ┆ hooldaja II;
- ┆ hooldaja III.

Vaadates erihoolekandeametuste töötajaid eriala, soo ja vanuse järgi aastatel 1998-2001 näeme, et töötajate üldarvvähenenud 1344-lt 1200-le. 2003. aasta lõpul oli töötajate arv veelgi vähenenud – 969, seega võrreldes 1998. aastaga ligi 28%. Samas, see võib olla tingitud mitteinstitutionaalsete teenuste mahu suurenemisest (satisfiliised aruanetest pole võimalik aru saada, mil määral need nimetatud teenuseid osutavat personali kajastavad).

Töötajate hulgas on ülekaalus naised, kelle keskmine vanus järjest tõuseb. Kui 1998. aastal oli üle 60-aastaseid töötajaid 157, siis 2002. aasta lõpul juba 189.

Psüühikahäiretega isikutele suunatud hoolekandeteenused on teenuste osutajate arvetes personaliga alatäidetud, kuid suuremat arvu töötajaid ei luba palgata teenuste madal hind. Paljud sotsiaaltöö tegijad (sh psüühikahäiretega isikutele teenuste osutajad) on erialase hariduseta. Seoses elanikkonna vananemise, psüühikahäirete sagenemise ning juhtumikesksele teenuse pakkumisele üleminekuga on teravalt tunda uute töötajate värbamise vajadus.

Võttes aluseks, et kvaliteetsema klienditöö ja juhtumikorralduse meetodi täielikuks rakendamiseks on vajalik vähemalt 1 juhtumikorraldaja 1500 tööealise ja eaka inimese ning 1 sotsiaaltöötaja 1000 lapse kohta, tuleb lähema 5 aasta jooksul täiendavalt värvata ligikaudu 550 klienditöötajat. Kui palju neist peaks töötama psüühikahäiretega isikutega, pole teada.

2001. aastal käivitati Sotsiaalministeeriumi poolt psüühilisele erivajadusega inimestele teenuseid osutavate asutuste ja organisatsioonide klienditööd tegevatele isikutele 260 tunnine täiendkoolitusprogramm, mis sisaldab nii praktikat kui lõputöö kaitsmist. Täna on selle läbinud peaaegu 1000 inimest.

### **5.3. Eneseabi- ja kodanikualgatuslikes organisatsioonides töötavad inimesed**

Eneseabi- ja kodanikualgatuslikes organisatsioonides töötavate inimeste arv ning kvalifikatsioon on teadmata. Konkreetseid nõudeid neile esitatud ei ole. Arvestades organisatsioonide ning nende poolt tehtava töö iseloomu ei ole see ka vajalik. Samas, oluline oleks, et igas organisatsioonis kehtiks nn kodukord, mis reguleerib selle tegevust lisaks suhteliselt formaalsele põhikirjale (juhul kui on tegemist nõu registreeritud organisatsiooniga).

## 6. Probleemid ja väljakutsed

### 6.1. Vaimse tervise teenuste arenguga seotud probleemid (väljatoodud vaimse tervise ekspertide ja huvigruppide poolt)

Klientidel on harva ühemõõtmelised probleemid – erinevad elemendid, mis kokku moodustavad sotsiaalse deprivatsiooni nõiaringi ja sellega kaasnevad psühholoogilised reaktsioonid on enamjaolt interaktiivsed.<sup>37</sup>

Erinevad vaimse tervise professionaalid ning teenuste kasutajad on identifitseerinud viimastel aastatel hulga probleeme, mis nende arvates on vaimse tervise teenuste arendamisel takistuseks. Välja on pakutud ka lahendusi probleemide ületamiseks, kuid neid ei ole käesolevas dokumendis käsitletud. Probleemide lahendused peaksid sündima teenuste tarbijate suurmäl osavõtul vaimse tervise poliitika ettevalmistamise käigus.

#### 6.1.1. Inimressurss

Eesti vaimse tervise teenuse üldine probleem on selle alatähtsustamine, vähene kättesaadavus, alternatiivide vähesus ja puudulik informeeritus erinevatest abi saamise võimalusest. Teenused erinevad piirkonniti kvaliteedilt ja sisult. Professionaalne kvaliteet on valdkonniti ebahühtlane, selle regulaarset hindamist sarnastel alustel ei toimu. Samas on olemas positiivne kogemus Sotsiaalministeeriumi poolt välja töötatud psüühiliste erivajadustega inimeste riiklikele hoolekande teenustele esitatud kohustuslike nõuete näol, mis sisaldavad ka inimressursi arendamist, rakendamist.

Teenuse kvaliteeti ei saa tagada, kuna abiandjaid on ebapiisavalt. Käesoleval ajal puuduvad võimalused vajaliku arvu psühhiaatrite ja psühhiaatriaõdede koolitamiseks ja neile töökohtade loomiseks. Sotsiaalhoolekande valdkonnas on vähe spetsialiste erivajadustega inimeste ühiskonda integreerimiseks. Abiandjate vähesus on seotud madalate palkadega kõikides valdkondades (sotsiaalabi, tervishoid, haridussüsteem), mis ei motiveeri töötama. Ebaefektiivne ja madalakvaliteediline teenus on sageli seotud valede tööpõhimõtete või läbipõlenud personaliga<sup>38</sup>.

Nõudlus psühhiaatrilise ambulatoorse abi järele on pidevalt suurenenud seoses:

- haigestumuse tõusuga;
- statsionaarsete voodikohtade vähenemisega;
- inimeste teadlikkuse tõusuga;
- negatiivse hoiaku vähenemisega teatud psüühikahäirete, nagu depressioon ja ärevushäired, suhtes.

<sup>37</sup> Sheldon (1986). Sotsiaaltöö, 1/2005.

<sup>38</sup> Vaimse tervise teenuste poliitika arendamise alusdokument, [www.praxis.ee](http://www.praxis.ee)

Kuni viimase ajani on ambulatoorse abi maht suurenenud peamiselt statsionaarse mahu vähenemise ja sealt vabanenud personali arvelt. Samas, ambulatoorse abi kättesaadavus maakondades on väga erinev ja kõige enam on see sõltuvuses piirkonnas töötavate psühhiaatrite ja teiste spetsialistide (psühhiaatriaõed, kliinilised psühholoogid) arvust.

Järgneva 5 aasta vältel võib lugeda põhjendatuks 8-10 kohaga psühhiaatria residentuuri avamist aastas (sh lastepsühhiaatrid). Psühhiaatria residentuuri kestust on vajalik pikendada ühe aasta võrra – neljalt viiele aastale.<sup>39</sup>

Psüühikahäiretega isikutele suunatud hoolekandeteenused on teenuste osutajate arvates personaliga alatäidetud, töötajate hulk on samas aga pidevalt vähenenud. Olgugi, et osaliselt on see tõenäoliselt toimunud institutsiooniväliselt osutatavate teenuste mahu kasvu arvel.

Vajalik on täpsustada vajaminevate erinevate spetsialistide arv hoolekandesüsteemis ning koolitada neid vastavas mahus. Vastasel juhul ei ole võimalik tagada kvaliteetset teenust.

### 6.1.2. Teenused

Teenustevõrgu paremaks kujundamiseks on oluline teenuse tarbijate kaasamine teenuste planeerimisse ja kvaliteedi hindamisse. Psühhiaatriat ja sotsiaalhoolekannet puudutavate otsuste tegemises peavad olema kaasatud patsientide esindused. Peab suurenema erialaliitude vastutus tagamaks, et konkreetset ametikohal töötaja kvalifikatsioon vastaks töökohale esitatavatele nõuetele.

Vaimse tervise teenuse järelevalve peab sisaldama teenuse planeerimist lähtuvalt arengukavadest ning tagama eri sektorite arengukavade kooskõlastatud koostamise, järelevalvet seaduslikkuse, teenuse kvaliteedi (audit, peer-review), abi kättesaadavuse üle ja teenusega rahulolu hindamist ning kaebuste lahendamise korda<sup>40</sup>.

Rehabilitatsiooniteenuste osutamine on killustatud mitmete institutsioonide vahel, kohati toimub dubleerimine, teenuste osutamise administreerimine on ebaefektiivne, puudub kvaliteedi kontrolli ja järelevalve süsteem, rahaliste vahendite kasutamine on jäik.

Teenuse peamise osa moodustab inimese seisundi ja vajaduste hindamine ja abivajaduse planeerimine – rehabilitatsioonidiagnostika. Hoolekande kontseptsiooni kohaselt muudetakse rehabiliteerimine osaks toetuste määramisest. Riiklikke toetusi ja teenuseid (puudega inimese toetusi, riigi poolt finantseeritavaid teenuseid) taotlevad isikud peavad enne puude raskusastme või töövõimekaotuse

<sup>39</sup> Psühhiaatria erialakomisjoni aruanne eriala probleemidest 2004. aasta seisuga (2005).

<sup>40</sup> Vaimse tervise teenuste poliitika arendamise alusdokument, [www.praxis.ee](http://www.praxis.ee)

protsendi määramist läbima rehabilitatsiooniprotsessi, mille käigus arendatakse nende võimeid ja elukeskkonda ning otsitakse sobivat tööd.

Rehabilitatsiooniteenuste osutamise administreerimiseks tuleks moodustada ühtne rakendusüksus Sotsiaalkindlustusametis.

Rakendusüksuse loomine:

- lihtsustab teenuse vajaduse hindamist, planeerimist, administreerimist, vähenevad bürokraatlikud takistused teenuse osutamisel;
- võimaldab osutada riiklikke hoolekande teenuseid ühtlaselt, korraldada järelevalve teostamine paremaks, vahendite kasutamine paindlikumaks ja efektiivsemaks;
- annab aluse luua ühtne andmebaas ja infotehnoloogilised arendused "paberimajanduse" osakaalu vähenemiseks;
- vastab EL teenuste osutamise direktiivi mõttele – eeldatakse ühtse keskasutuse olemasolu, mis koondab informatsiooni, annab välja tegevuslubasid teenuste osutamiseks jms.

Arvestades pidevate järjekordadega seostavatele ja toetavatele teenustele, on vaja nende mahtu oluliselt suurendada.

Hoolekandepoliitika sotsiaalse mõjususe hindamine, mis peaks toimuma regulaarselt üks kord aastas Sotsiaalministeeriumi algatusel ja vastava valdkonna ekspertide osalusel, on osa hoolekandepoliitika ning -programmide järelevalvest ja pidevhindamisest. Selle käigus uuritakse, milline on konkreetsete hoolekandepoliitika meetmete otsene ja kaudne mõju. Hindamise tulemused on aluseks hoolekandepoliitika ümbervaatamiseks ja korrigeerimiseks.

Otseste mõjude hindamine selgitab, kuidas on hoolekandeprogrammides ja -tegevustes osaledes muutunud isiku või tema leibkonna toimetulek, tuues esile nii toimetulekut soodustavad kui ka pärssivad faktorid. Kaudsete mõjude hindamisel pööratakse tähelepanu erinevate poliitikate positiivsetele ja negatiivsetele vastasmõjudele toimetuleku toetamise protsessis.

Kõikidele hoolekandeteenustele ja nende osutajatele tuleb koostöös tarbijatega kehtestada miinimumnõuded ehk standardid. Kõikidel hoolekandeteenuseid osutavatel organisatsioonidel peaks olema organisatsioonisisese kvaliteedisüsteemi, kaebuste ja vaidluste lahendamise korra ning klientidelt/teenuse kasutajatelt tagasiside kogumise meetodite olemasolu.<sup>41</sup>

Täpsemat reguleerimist vajab tahtest olenamatu psühhiaatrilise abi ja ravi määramise kord juhul, kui see ei leia täpsemat reguleerimist planeeritavates psühhiaatrilise abi seaduse või muude seaduste muudatustes. Oluliselt muudab tänast olukorda selles küsimuses 01.01.2006 jõustuv tsiviilkohtumenetluse seadustik (vt 2.1.7).

---

<sup>41</sup> Hoolekande kontseptsioon, [www.sm.ee](http://www.sm.ee)

Vajalik on lisaks statsionaarsele kohtu poolt määratud sundravile seadustada võimalus ambulatoorse sundravi läbiviimiseks. See võimaldaks sundravi kestust vähendada ning muudaks haigla järgse ravi korraldamise paindlikumaks ja eesmärgipärasemaks. Teatud juhtudel oleks piisav ambulatoorne sundravi, mis praegu tuleb asendada statsionaarse kui ainuvõimaliku valikuga.

Kuigi ravijuhised on kaasaegsete ravipõhimõtete rakendamisel olulised, on Eesti siiski väike selleks, et suudetaks koostada samal määral ja kvaliteediga ravijuhiseid ning neid ka uuendada piisava kiirusega nagu seda on suutelised tegema suuremad riigid. Kaasaegsete võimaluste ja keelteoskuse juures on võimalik interneti vahendusel kätte saada mujal välja töötatud ravijuhiseid, mida saaks rakendada ka Eestis. Meil tuleks leida võimalused teatud psüühikahäirete (nt depressioon, skisofreenia, bipolaarne häire) ravijuhiste koostamiseks ja uuendamiseks.

Selleks, et tagada ambulatoorse psühhiaatrilise abi kättesaadavus maakondades, on vajalik suurendada ambulatoorsete teenuste mahtu kuni 20%. Prognooside kohaselt jääb statsionaarse psühhiaatrilise abi maht praegusele tasemele. Päevastatsionaarne psühhiaatriline abi on perspektiivne teatud kindlate häiretega (psühhootilised ja söömishäired) patsientidele vähendamaks statsionaarsete voodikohtade vajadust.<sup>42</sup>

### 6.1.3. Rahastamise probleemid

Lähema viie aasta perspektiivis peab ambulatoorse psühhiaatrilise abi finantseerimine suurenema 20-30%, mis võimaldab optimeerida koormusnorme. Käesoleval ajal on need veel ülemäära intensiivsed ega kindlusta kvaliteetset abi tingimustes, kus statsionaarse abi osakaalu on vähendatud. Peab suurenema meeskonnatöö osakaal, samuti vastuvõtu vältel otseselt patsiendiga tegelemiseks kuluv aeg, mis on psühhiaatrilises abis üks töö kvaliteedi näitajatest. Pideva haiglavälise abi kasvu tingimustes tuleb psühhiaatrilise abi finantseerimine üle vaadata, et tagada meeskonnatöö ja integratiivse abi põhimõtete rakendamine.<sup>43</sup>

Ravikindlustuse puhul on lisaks tervishoiusüsteemi efektiivsuse kasvule oluline koostöö rahvaterviseprogrammidega. Psüühikahäiretele on iseloomulik, et kaudsed kulud moodustavad haigestumise kuludest umbes 80%. Suremus on suhteliselt madal, kuid haigestumise algus on sageli noores eas ja suurem osa kaudsetest kuludest on tingitud vähenenud produktiivsusest tööl, koolis ja kodus. Võimalus kokku hoida peitub inimeste hoidmises töö- ja õppeprotsessis neid kriisiperioodidel ja igapäevaeluga toimetulekus toetades.

Teisalt on vaimse tervise teenuse tagamiseks raha juurde vaja nii psühhiaatrilise abi kui hoolekandesüsteemi. WHO on soovitanud 6% tervishoiukulutustest suunata vaimsele tervisele, samas enamused arenenud riike kulutab 10%.

<sup>42</sup> Psühhiaatria erialakomisjoni aruanne eriala probleemidest 2004. aasta seisuga (2005).

<sup>43</sup> Psühhiaatria erialakomisjoni aruanne eriala probleemidest 2004. aasta seisuga (2005).



Psühhiaatrilise abi finantseerimissüsteem vajab muutmist. Vajalik on rakendada piirkondliku vastutuse põhimõtet, kus lähtutakse nn pearaha süsteemist. Teatud piirkonna psühhiaatrilise abi korralduse eest vastutaval isikul peab olema õigus ja kohustus teha seda talle antud ressursi piires, kusjuures mängureglid peaksid olema kõigile ühtsed. See tagab parema koostöö psühhiaatri, perearsti ja sotsiaaltöötaja vahel. Diagnoosikeskne kulude katmine ei ole psühhiaatriale sobiv, selle vastu räägib haigusjuhtude erinev pikkus – mõned neist kestavad terve elu, teised jälle mõned aastad. Teenuste arendamise kvaliteedi seisukohalt on otstarbekas, et riigi poolt kulutatav raha käiks inimesega kaasas ning viimasel on õigus otsustada, millist abi vormi ta soovib. Omavalitsuse osa vaimse tervise teenuse rahastamisel tuleb suurendada.

Vajalik on vältida rehabiliteerija liigset huvi nn pika rehabiliteerimisteenuse vastu põhimõttel, mida pikem protsess, seda rohkem raha. Nii süsteemide arendamise kui ka teenuste rahastamise eelistused peavad olema rõhuga avatud ja võimalikult iseseisvat toimetulekut soodustavate teenuste poole. Rahalisi vahendeid, mis hetkel kulutatakse hooldekodude remondiks ja arendamiseks, on vaja rakendada pigem nn. avatud teenuste tasustamiseks.

Riigil tuleb leida võimalused ravikindlustusega hõlmamata isikute ravikulude tasumine võrdselt ravikindlustatutega.<sup>44</sup>

## **6.2. Väljakutsed ja arengud vaimse tervise valdkonnas lähiaastatel**

Arvestades arengutega maailmas, kujunevad lähiaastatel vaimse tervise teenuste süsteemi arendamisel peamisteks väljakutseteks tarbijate senisest tunduvalt suurem kaasamine teenuste planeerimisse ja kvaliteedi hindamisse, piisava hulga vaimse tervise professionaalide ettevalmistamine ning teenuste finantseerimise aluste korrastamine.

Süsteemaatiliselt tuleb jälgida rahvusvaheliste mõjukate lobiorganisatsioonide tegevust ja selle suhtes oma seisukohd kujundada (nii riigivõimu kui erialaorganisatsioonide tasandil). Näiteks propageerib Euroopa Puuetega Inimeste Foorum (ingl. k. European Disability Forum) ÜRO puuetega inimeste deklaratsiooni ettevalmistamisel seisukohti, mille kohaselt puuetega (sh psüühikahäirega) inimeste teovõime piiramine ning tahtest olenematu ravi kasutamine (seni vajalikuna tundunud ning seaduses sätestatud juhtudel) on lubamatud. Sama organisatsioon käsitleb puudega inimestest diskrimineerimise seisukohalt on oluliselt laiem, kui meil seni tavaks olnud arvata – mõiste alla mahuvad praktiliselt kõik tervisehäirega inimesed ning olenevalt konkreetsest olukorrast ka nende pereliikmed.

Psühhiaatria eriala arengu prioriteetid lähiaastateks on:

- psühhiaatrite (sh lastepsühhiaatrite), psühhiaatriaõdede, kliiniliste psühholoogide koolitusmahtude tagamine;
- haiglavälise psühhiaatrilise abi arendamine;

<sup>44</sup> Vaimse tervise teenuste poliitika arendamise alusdokument, [www.praxis.ee](http://www.praxis.ee)

- statsionaarse psühhiaatrilise abi tingimuste kaasajastamine;
- ebastabiilse remissiooniga psühhootiliste häiretega patsientide ravisüsteemi loomine;
- integratiivravi põhimõtete rakendamine ja rehabilitatsioonissüsteemi arendamine ning väärtustamine raskete ja püsivate psüühikahäirega patsientidel;
- laste ja noorukite psühhiaatrilise abi arendamine;
- kohtupsühhiaatria, kohtu poolt määratud psühhiaatrilise sundravi- ja vanglapsühhiaatria süsteemi arendamine;
- konsultatiivse psühhiaatria arendamine;
- vanemaealiste psühhiaatria arendamine;
- sõltuvushõirete ravi-rehabilitatsiooni süsteemne arendamine.<sup>45</sup>

---

<sup>45</sup> Psühhiaatria erialakomisjoni aruanne eriala probleemidest 2004. aasta seisuga (2005).

## **7. Kokkuvõte**

Viimase kümne-viieteistkümne aasta jooksul on Eesti vaimse tervise teenuste süsteem märkimisväärselt arenenud ning on suunatud klientide/patsientide elukvaliteeti parendamisele.

Mitmed erinevad institutsioonid on viimastel aastatel vaimse tervise teenuste süsteemi ning selle arengut hinnanud ja toimunud muutustest ülevaateid koostanud. Kahjuks puudub dokument, mis annaks ühise ülevaate nii sotsiaal- kui tervishoiusektoris (vaimse tervise alal) toimunust. Käesolev dokument nimetatud ülesannet täidabki, andes ülevaate mõlemast valdkonnast (va sõltuvushäired) ning luues lähtealuse edasisteks, senisest enam integreeritud arenguteks.

On äärmiselt oluline, et vaimse tervise teenuste süsteem lähtuks kliendi vajadustest ning samal ajal arvestaks ka ühiskonna vajadusi ning võimalusi. Võtmesõnadeks selle eesmärgi saavutamisel on integratiivne ja multidistsiplinaarne lähenemisviis.

Dokumendis antakse üldine ülevaade vaimse tervise valdkonnas toimunud möödunud kümendil, defineeritakse kasutatud mõisted, kirjeldatakse vaimse tervise teenuste süsteemi õiguslikku tausta, antakse põhjalik ülevaade teenuste süsteemist tuues ära ka mõned hea praktika näited, kirjeldatakse vaimse tervise teenuste tarbijaid, professionaale ja nende ettevalmistamist, tuuakse välja probleemid ja väljakutsed.

## Kasutatud kirjandus

### Avaldatud allikad

1. Elektrooniline Riigi Teataja [www.riigiteataja.ee](http://www.riigiteataja.ee);
2. Haiglavõrgu arengukava. Sotsiaalministeerium. Tln, 2002, [www.sm.ee](http://www.sm.ee);
3. Health Care Systems in Transitions 2004. Sotsiaalministeerium. Tln, 2005, [www.sm.ee](http://www.sm.ee);
4. Hoolekande kontseptsioon. Sotsiaalministeerium. Tln, 2004. [www.sm.ee](http://www.sm.ee);
5. Psühhiaatria eriala arengukava. Eesti Psühhiaatrite Selts, 2001 (kaasajastatud 2004), [www.sm.ee](http://www.sm.ee);
6. Psühhiaatria erialakomisjoni aruanne eriala probleemidest 2004. aasta seisuga, Eesti Psühhiaatrite Selts, 2005.
7. Psühhiaatriline rehabilitatsioon. W. Anthony, M. Cohen, M. Farakas. Trt, 1998;
8. Psüühilise erivajadusega inimeste hoolekanne Eestis. V. Paavel, J. Kõrgesaar, A. Sarjas, S. Sõmer. V. Vasar. Tln, 2000/2001.
9. Sotsiaalteenuste poliitika arendamise alusdokument. Sotsiaalministeerium. Tln, 1999, [www.sm.ee](http://www.sm.ee);
10. Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamine Eestis. Sotsiaalministeerium. Tln, 2005, [www.sm.ee](http://www.sm.ee)
11. Tõenduspõhise praktika rakendusest sotsiaaltöös III. T. Edovald. Sotsiaaltöö 1/2005. Tln, 2005.
12. Vaimse tervise poliitika alusdokument. Sotsiaalministeerium. Tln, 2002, [www.praxis.ee](http://www.praxis.ee);
13. Vaimse tervise rahastamine Eestis. T. Habicht, M. Thetloff. Tln, 2003.
14. World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems. WHO, 2005.
15. Õendusala arengukava 2002-2015. Eesti Õdede Liit. Tln, 2001, [www.ena.ee](http://www.ena.ee);

### Elektroonilised allikad:

1. Eesti Haigekassa kodulehekül [www.haigekassa.ee](http://www.haigekassa.ee);
2. Eesti Patsientide Ühingu kodulehekül [www.epey.ee](http://www.epey.ee);
3. Eesti Psüühikahäireteie Isikute Toetajate Ühenduse kodulehekül [www.zone.ee/epity](http://www.zone.ee/epity);
4. Eesti Vaimupuuetega Inimeste Tugiliidu kodulehekül [www.vaimukad.ee](http://www.vaimukad.ee);
5. Haabersti Klubimaja kodulehekül [www.hot.ee/vaimsetervisetugigrupid/TallinnHaabersti.html](http://www.hot.ee/vaimsetervisetugigrupid/TallinnHaabersti.html);
6. MTÜ Iseseisev Elu kodulehekül [www.iseseisev-elu.ee](http://www.iseseisev-elu.ee);
7. SA Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskuse kodulehekül [www.tartuvthk.ee](http://www.tartuvthk.ee);
8. Sotsiaalministeeriumi kodulehekül [www.sm.ee](http://www.sm.ee);
9. Tervishoiuameti kodulehekül [www.tervishoiuamet.ee](http://www.tervishoiuamet.ee);
10. Vaimse tervise tugigruppide kodulehekül [www.hot.ee/vaimsetervisetugigrupid](http://www.hot.ee/vaimsetervisetugigrupid).

### Avaldamata allikad:

1. Disability Rights Activists and Advocates Training Manual, European Disability Forumi, 2005;
2. Nõustamisteenuste kaardistamine. Sotsiaalministeerium. Tln, 2005.

## ***Lisa 1***

### ***Definitions for Terms Used in the Document***

The terms defined below are for use within the context of that document, the definitions and descriptions are not to be construed as official definitions.

**Community based facility:** A mental health facility outside of a mental hospital.

**Community-based psychiatric inpatient unit:** A psychiatric unit that provides inpatient care for the management of mental disorder with in a community-based facility. These units provide care to users with acute problems, and the period of stay is usually short (weeks to months). Excludes mental hospitals, community residential facilities, facilities that treat only persons with alcohol or substance abuse disorder.

**Community residential facility:** A non-hospital, community-based mental health facility that provides overnight residence for people with mental disorders. Usually these facilities serve users with relatively stable mental disorders not requiring intensive medical interventions. Includes supervised housing, un-staffed group homes, group homes with some residential or visiting staff, hostels with day staff, hostels with day and night staff, hostels and homes with 24hours nursing staff, halfway houses, therapeutic communities. Excludes facilities that treat only persons with diagnosis of alcohol and substance abuse disorder, residential facilities in mental hospitals and care homes, generic facilities that are important for people with mental disorders, but that are not planned with their specific needs in mind (e.g. nursing homes and rest homes for elderly people, institutions treating mainly neurological disorders or physical disability problems).

**Forensic inpatient unit:** Inpatients units that are exclusively maintained for the evaluation or treatment of persons with mental disorders who are involved with the criminal justice system. These units can be located in mental hospitals, general hospitals, or elsewhere.

**Human rights protection of users/patients:** Action related to the following issues to ensure the protection of users' human rights: least restrictive care, informed consent to treatment, confidentiality, avoidance of restraint and seclusion when possible, voluntary and involuntary admission and treatment procedures, discharge procedures, complaints and appeals processes, protection from abuse by staff, and protection of user property.

**Medical doctor:** A health professional with a degree in modern medicine who is authorized/licensed to practice medicine under the rules of the country.

**Mental health day treatment facility:** A facility that typically provides care for users during the day. The facilities are generally: (1) available to groups of users at the same time (rather than delivering services to individuals one at a time), (2) expect users to stay at the facilities beyond the periods during which they have

face-to-face contact with staff (i.e. the service is not simply based on users coming for appointments with staff and then leaving immediately after the appointment) and (3) involve attendances that last half or one full day. Includes day centres, day care centres, sheltered workshops, club houses, drop-in centres, employment/rehabilitation workshops, social firms. Excludes facilities that treat only persons with diagnosis of alcohol and substance abuse disorder, generic facilities that are important for people with mental disorder, but that are not planned with their specific needs in mind.

**Mental health legislation:** Legal provisions related to mental health. These provisions typically focus on issues such as: civil and human rights protection of people with mental disorders, treatment facilities, personnel, professional training and service structure.

**Mental health outpatient facility:** A facility that focuses on the management of mental disorder and the clinical and social problems related to it on an outpatient basis. Includes community mental health centres, mental health ambulatories, outpatient services for specific mental disorders or for specialized treatments, mental health outpatient department in general hospital, mental health polyclinics, specialized NGO-clinics that have mental health staff and provide mental health outpatients care (e.g. for rape survivors or homeless people). Excludes facilities that treat only persons with alcohol and substance abuse disorder.

**Mental hospital:** A specialized hospital-based facility that provides inpatient care and long-stay residential services for persons with mental disorders. Usually these facilities are independent and standalone, although they may have some links with the rest of the health care system. The level of specialization varies considerably: in some cases only long-stay custodial services are offered, in others specialized and short-term services are also available (rehabilitation services, specialist units for children and elderly, etc.). Includes, both public and private non-profit and for-profit facilities, mental hospitals for children and adolescents only and mental hospitals for other specific groups (e.g. elderly) are also included. Excludes community-based psychiatric inpatient units, forensic inpatient units and forensic hospitals, facilities that treat only persons with alcohol and substance abuse disorder.

**Nurse:** A health professional having completed a formal training in nursing at a recognized, university-level school for a diploma or degree in nursing.

**Occupational therapist:** A health professional having completed a formal training in occupational therapy at a recognized, university-level school for a diploma or degree in occupational therapy.

**Primary health care clinic:** A clinic that often offers the first point of entry into the health care system. Primary health care clinics usually provide initial assessment and treatment for common health conditions and refer those requiring more specialized diagnosis and treatment to the facilities with staff with a higher level of training.

**Primary health care doctor:** A general practitioner, family doctor or other medical doctor working in a primary care clinic.

**Primary health care nurse:** Nurse working in a primary health care clinic.

**Psychiatrist:** A medical doctor who has had at least two years of post graduate training in psychiatry at a recognized teaching institution. This period may include training in any sub-specialty of psychiatry.

**Psychologist:** A professional having completed a formal training in psychology at a recognized, university-level school for a diploma or degree in psychology.

**Social worker:** A professional having completed a formal training in social work at a recognized, university-level school for a diploma or degree in social work. WHO-AIMS asks for information only on social workers working in mental health care.

**User/Consumer/Patient:** A person receiving mental health care. These terms are used in different places and by different groups of practitioners and persons with mental disorders, and are used synonymously.

## Lisa 2

### ***Psühhiaatria- ja psühhoterapiateenuste tegevuslubadega teenustepakkujad teenuste kaupa seisuga 14.05.2005.***

Nr	Teenuse osutaja	Psühhiaatriateenused	Ambulatoorsed psühhiaatriateenused	Ambulatoorsed lastepsühhiaatriateenused	Ambulatoorsed psühhiaatriateenused (sh lastepsühhiaatria)	Lastepsühhiaatriateenused	Psühhiaatria päevaraviteenused	Psühhiaatriateenused (sh lastepsühhiaatria)	Statsionaarsed psühhiaatriateenused	Psühhoterapia	Ambulatoorne psühhoterapia
1	Andres Sild Psühhiaater		X								
2	Detox Ravi OÜ		X								
3	AS Estep	X									
4	AS Ida-Tallinna Keskhaigla	X	X								
5	AS Järvamaa Haigla		X								
6	AS Kordamed		X								
7	AS Lasnamäe Tervisekeskus		X								
8	AS Lõuna-Eesti Haigla	X	X								
9	AS Lääne-Tallinna Keskhaigla		X								
10	AS Medex		X								
11	AS Põlva Haigla		X				X				
12	AS Tallinna Diagnostikakeskus	X									
13	AS Timmermann		X								
14	AS Valga Haigla		X								
15	Elmet, Graf ja Uibo. Psühhoterapeudid OÜ		X								
16	Eraarst Sergei Tiganik	X								X	
17	Eraarst Tiiu Tandre		X								
18	Erapsühhiaater Krista Ruus		X								
19	Eriarst Gea Petersell		X								
20	Joonase Nõuandla OÜ				X						X
21	Kuressaare Haigla SA	X	X								
22	L. Väre psühhiaater		X								
23	OÜ A-Kliinik	X									
24	OÜ Arstlik Perenõuandla		X								
25	OÜ Artroskoopia		X								
26	OÜ Corrigo		X								
27	OÜ Eraarstid Viik Ja Murrik		X	X							X
28	OÜ Jaanson&Lääne <sup>46</sup>	X									

<sup>46</sup> Asukohaga Elvas, Otepääl, Tõrvas, Valgas, Jõgeval.



Nr	Teenuse osutaja	Psühhiaatriateenused	Ambulatoorsed psühhiaatriateenused	Ambulatoorsed lastepsühhiaatriateenused	Ambulatoorsed psühhiaatriateenused (sh lastepsühhiaatria)	Lastepsühhiaatriateenused	Psühhiaatria päevaraviteenused	Psühhiaatriateenused (sh lastepsühhiaatria)	Stationsaarsed psühhiaatriateenused	Psühhoteraapia	Ambulatoorne psühhoteraapia
29	OÜ Jaanson&Lääne <sup>47</sup>	X									
30	OÜ Kleinberg	X									
31	OÜ Medisana Grupp		X								
32	OÜ Philomed-E		X								
33	OÜ Põltsamaa Tervis		X								
34	OÜ Psühho-Konsultandid	X								X	
35	OÜ Saaremaa Perenõuandla		X								
36	OÜ Sensus etc		X								
37	OÜ Seksuaaltervise Kliinik	X									
38	OÜ Spiritologos		X								
39	OÜ Sõltuvuste Ravikeskus		X								
40	OÜ Südalinna Arstid		X								
41	OÜ Tervisekeskus Elulootus		X								
42	OÜ Viruplatsi Arstikeskus		X								
43	Psühhiaater Aili Ennet		X								
44	Psühhiaater Aime Saluvee		X								
45	Psühhiaater Aleksandr Štšennikov		X								
46	Psühhiaater Andres Adams		X							X	
47	Psühhiaater Erika Saluveer		X							X	
48	Psühhiaater Eve Kukkela	X									
49	Psühhiaater Kadri Varrand-Kukk	X									
50	Psühhiaater Katrin Noorkõiv										
51	Psühhiaater Lea Kalvo				X						
52	Psühhiaater Lembe Ermos	X								X	
53	Psühhiaater Meelis Kuusemets		X								
54	Psühhiaater Merike Alas		X							X	
55	Psühhiaater Milvi Sütt	X									
56	Psühhiaater Silvi-Miralda Vanatoa		X								

<sup>47</sup> Asukohaga Tartus, Võrus, Põlvas.

Nr	Teenuse osutaja	Psühhiaatriateenused	Ambulatoorsed psühhiaatriateenused	Ambulatoorsed lastepsühhiaatriateenused	Ambulatoorsed psühhiaatriateenused (sh lastepsühhiaatria)	Lastepsühhiaatriateenused	Psühhiaatria päevaraviteenused	Psühhiaatriateenused (sh lastepsühhiaatria)	Statsionaarsed psühhiaatriateenused	Psühhoterapia	Ambulatoorne psühhoterapia
57	Psühhiaater Sirje Kivaste OÜ		X								
58	Psühhiaater Svetlana Jeroskina							X			
59	Psühhiaater Tiiu Valgemäe	X									
60	Psühhiaater Õie Vahing	X				X					
61	Psühhiaater-psühhoterapeut Aare Sergo	X								X	
62	SA Ahtme Haigla	X	X								
63	SA Anti-Liew & Hingehooldus	X									
64	SA Läänemaa Haigla	X	X								
65	SA Narva Haigla	X									
66	SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla	X	X								
67	SA Pärnu Haigla	X	X				X				
68	SA Rapla Maakonna haigla	X	X				X				
69	SA Sillamäe Haigla	X									
70	SA Tartu Ülikooli Kliinikum	X	X								
71	SA Viljandi Haigla	X	X								
72	Unex Medical OÜ		X								
73	Veronika Hermet OÜ		X								
74	Wismari Haigla AS	X							X		
	Kokku	30	50	1	2	1	3	1	1	7	2

Allikas: Tervishoiuameti tegevuslubade register

### Lisa 3

#### **Raske ja pikaajalise psüühilise erivajadusega isikutele suunatud riigieelarvest finantseeritavate sotsiaalteenuste pakkujad teenuste kaupa 2005.**

Nr	Asutuse nimetus	Isikute arv	Toetatud elamine	Elamine kogukonnas	Töötamise toetamine	Igapäevaelu toetamine	Õöpäevaringne hooldamine	Õöpäevaringne tugevdatud järelevalvega hooldamine	Õöpäevaringne tugevdatud toetusega hooldamine
1	Valkla Hooldekodu	232	60		60		119	35	18
2	Ravila Hooldekodu	150					150		
3	Kernu Hooldekodu	85	10		7		58	17	
4	Paunküla Hooldekodu	20	8		8		12		
5	AS Audentes	2	2		2				
6	Merimetsa Tugikeskus	142			33	109			
7	Tallinna Vaimse Tervise Keskus	182			26	155			
8	Keila Sotsiaalkeskus	20	5		5	16			
9	Päevakeskus "Käo"	33				33			
10	Erivajadusega Inimeste Toetusühing "Tugiliisu"	40	14		12	16			
11	Saue Päevakeskus	9				9			
12	Kuusalu Vallavalitsus	5	1		3	2			
13	Saku Päevakeskus	4				4			
14	Kose Päevakeskus	4	2			4			
15	Vasalemma Vallavalitsuse Päevakeskus	3				3			
16	Maardu Linnavalitsuse Sotsiaalmaja	2	2						
17	Tallinna Puuetega Noorte Õppekeskus "Juks"	5			5				
18	Hellamaa Perekeskus	19				19			
19	MTÜ Toetaja	8			8				
20	Sillamäe Hooldekodu	71	14		6	22	35		
21	Narva Psüühiliste Tervisehäiretega Isikute Päevakeskus	25	7			25			
22	Kohtla-Järve Pensionäride ja Erivajadustega Inimeste Päevakeskus	14	6		3	10			
23	Jõhvi Puuetega Inimeste Päevakeskus	5				5			
24	MTÜ Avimurme Sotsiaal- Ja Turvakeskus	19	6		3	15			
25	Võisiku Hooldekodu	376	48		22	38	246	35	27
26	Tabivere Päevakeskus	8				8			
27	MTÜ Jõgevamaa Tugikeskus	4	4		2				
28	Jõgeva Haigla Päevakeskus	26				26			
29	SA Koeru Hooldekeskus	95	10		10		85		
30	Järvamaa Lasteabikeskuse Päevakeskus	20	8			20			

Nr	Asutuse nimetus	Isikute arv	Toetatud elamine	Elamine kogukonnas	Töötamise toetamine	Igapäevaelu toetamine	Õppäevaringne hooldamine	Õppäevaringne tugeldatud järelevalveta hooldamine	Õppäevaringne tugeldatud toetusega hooldamine
31	Järva-Jaani Päevakeskus	6				6			
32	Türi Päevakeskus	27	1			27			
33	Imavere Päevakeskus	6	2		2	4			
34	Koluvere Hooldekodu	253	36		36		161	38	18
35	SA Lõuna-Läänemaa ja Tervishoiu- ja Sotsiaalhoolekande Keskus	14				10	4		
36	Palivere Laste- ja Noortekodu	12	12		12				
37	MTÜ Värkstuba	3			3				
38	MTÜ Läänemaa Psühhosotsiaalse Rehabilitatsiooni Keskus	47	6		6	31			10
39	Imastu Koolkodu	59	7		6		32		20
40	Aavere Hooldekodu	118	58		6	24	60		
41	Udriku Hooldekodu	81	13				68		
42	Rakvere Sotsiaalabikeskus	18	8			10			
43	MTÜ "Kirilill" Päevakeskus "Päevalill"	15				15			
44	Erastvere Hooldekodu	194	38		14		116	40	
45	AS Räpina Haigla	10					10		
46	SA Maarja Küla	12		12					
47	EELK Räpina Koguduse Hooldekodu	7				7			
48	Põlvamaa Puuetega Inimeste Koja Päevakeskus	53	15		8	38			
49	Tori Hooldekodu	63	3		2		60		
50	Pärnu Haigla Päevakeskus	55			9	46			
51	SA Pärnu-Jaagupi Vändra Hooldusravikeskus	30					30		
52	Tahkuranna valla Sotsiaalmaja	2	2		2				
53	Häädemeeste valla Päevakeskus	9	3		2	7			
54	Vändra Alevi Sotsiaalmaja	14	1		4	10			
55	Surju Hooldekodu Videvik	4				4			
56	Audru Valla Jõõpre Hooldekodu Päevakeskus	5				5			
57	Paikuse Päevakeskus	6			1	5			
58	Vändra Valla Vihtra Päevakeskus	8	1		2	6			
59	Erivajadustega Inimeste Rehabilitatsioonikeskus	26	6		1	20			
60	MTÜ Maarjakodu	6			3	3			
61	SA Pakkla Camphilli Küla	16		16					
62	Mõisamaa Hooldekodu	70	15		37		55		
63	MTÜ Kohila Turvakeskus Katikodu	16		9		7			
64	Rapla Hooldekeskus	5	5			5			

Nr	Asutuse nimetus	Isikute arv	Toetatud elamine	Elamine kogukonnas	Töötamise toetamine	Igapäevaelu toetamine	Õöpäevaringne hooldamine	Õöpäevaringne tugeldatud järelevalveta hooldamine	Õöpäevaringne tugeldatud toetusega hooldamine
65	Sõmera Hooldekodu	322	12			12	285		25
66	Kogula Hooldekodu	76	2				74		
67	Kuressaare Sotsiaalmaja	6	5			6			
68	Saaremaa Puuetega Inimeste Koda	14			1	13			
69	Kuressaare Linna Päevakeskus	15				15			
70	Kodijärve Hooldekodu	34	4				30		
71	SA Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskus	127	4		2	125			
72	Eesti Psüühikahäiretega Inimeste Toetajate Ühendus	5				5			
73	MTÜ Iseseisev Elu	152	28		64	60			
74	MTÜ Paju Pansionaadid	65	19		12	9	44		
75	Otepää Päevakeskus-Hooldekodu	7			1	6			
76	MTÜ Valgamaa Tugikeskus	36			9	9			18
77	SA Tarvastu Erihooldekodu	75					75		
78	Viljandi Lasteabi- ja Sotsiaalkeskus	77	6		6		35		36
79	MTÜ Karula	12				12			
80	MTÜ Singel	52	12			40			
81	MTÜ Töötoad	25			25				
82	SA Viljandi Haigla	32	13		5	10			10
83	MTÜ Lõuna-Eesti Erihooldusteenuste Keskus	63	18		6	8	25		20
84	MTÜ Võru Päevakeskuse Ühing	30				30			
85	Antsla Tervisekeskus	6				6			
86	Sõmerpalu Hooldekodu	4				4			
	KOKKU	4 133	562	37	502	1 199	1 869	165	202

Allikas: Sotsiaalministeerium