

Vaimse tervise häirega inimesed tööturul



Euroopa Liit
Euroopa Sotsiaalfond



Eesti tuleviku heaks

2015

Uuringu tellis ja seda rahastas Sotsiaalministeerium hanke „Psüühika ja käitumishäiretega inimesed avatud tööturul“ kaudu ESF programmi „Tööelu kvaliteedi parandamine 2009-2014“ raames.

Autorid:

Vootele Veldre on Praxise tervisepoliitika programmi analüütik aastast 2010. Tema huviorbiidis on sotsiaal- ja tervishoiupoliitika kujundamise protsess, tegutsemine tööturul tervisekao tingimustes ning sotsiaalkaitse meetmete disain.

Märt Masso on Praxise töö- ja sotsiaalpoliitika analüütik 2012. aasta algusest. Tema huvivaldkonnad on tööpoliitika, individuaalsed- ja kollektiivsed töösuhted, töötervishoid ja -ohutus, ettevõtluspoliitika.

Liina Osila on Praxise töö- ja sotsiaalpoliitika analüütik ja liitus Praxisega 2009. aasta suvel. Tema huvivaldkondadeks on tööturu paindlikkus, võrdõiguslikkus tööturul, vähemusgrupid tööturul, paindlik töökorraldus.

Käesoleva töö valmimisse on andnud olulise panuse:

Priit Kruus, Inga Karton, Maret Sildala, Helena Väljaste, Anne Rannaveski-Poola, Raili Juurikas, Valentina Batujeva, Reelika Ermel, Mariliis Põld, töö käigus intervjueritud inimesed, kelle jagatud kogemused ning mõtted on oluliseks töö aluseks.

Samuti täname Sotsiaalministeeriumi, Sotsiaalkindlustusametit, Haigekassa, Eesti Töötukassa ja Eesti Statistikaameti töötajaid, kes andsid olulisi andmeid ja informatsiooni töö valmimiseks.

Poliitikauuringute Keskus Praxis on sõltumatu ja mittetulunduslik Eesti mõttekeskus, mille eesmärk on toetada analüüsile, uuringutele ja osalusdemokraatia põhimõtetele rajatud poliitika kujundamise protsessi.



Poliitikauuringute Keskus Praxis

Tornimäe 5, III korrus
10145 Tallinn
tel 640 8000
www.praxis.ee
praxis@praxis.ee

Väljaande autoriõigus kuulub Poliitikauuringute Keskusele Praxis. Väljaandes sisalduva teabe kasutamisel palume viidata allikale: Veldre, Vootele, Masso, Märt, Osila, Liina. 2015. Vaimse tervise häirega inimesed avatud tööturul. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis.

Lühikokkuvõte ja soovitused

Töajõu osakaal, kelle puhul vaimse tervise probleemid tööelu häirivad, on viimastel kümnenditel kasvanud sarnaselt teistele Euroopa Liidu ja OECD riikidele ka Eestis. Haigekassa ravikindlustuse andmekogu andmetel pöördus 2013. aastal ravikindlustuse süsteemi poole 87 288 tööalist inimest (s.o 10,6% samaealisest elanikkonnast), kelle raviarvel oli märke mõne psüühika- ja käitumishäire kohta, 51 538 neist otsisid arsti kirjutatud retsepti alusel välja psüühika- ja käitumishäire raviks näidustatud ravimi. Sotsiaalkindlustusameti (SKA) administratiivandmete kohaselt elas 2014. aasta alguses Eestis 32 498 tööalist inimest, kellele oli SKA läbi viidud töövoimetuse ekspertiisi raames tuvastatud töövoimekadu vahemikus 10–100% ning kelle ekspertiisidokumentidel oli märke psüühika- või käitumishäire kohta. Neist 24 475 inimesel oli psüühika- ja käitumishäire põhidiagnoos.

Vaimse tervise häirega inimesed on tööturul riskirühmaks, neid iseloomustab madalam hõive, suurem mitteaktiivsus ja töötus, hõivatute seas alahõivatus nii haridustaset kui ka normaalkoormust silmas pidades. Madalam valmisolek ja halvemad võimalused tööturul osalemisel on selgitatavad madalama töövoimega ja madalama tööhõivevoimega. Tööturul osalemine võib olla ka mõjutatud ravi kättesaadavusest, omandatud haridusest, töökogemusest ning terviseseisundile sobiva töö kättesaadavusest. Tööelus osalemist ja ühiskonnas tegutsemist võib aga sageli häirida rohkem häirega seotud väärarusaamad ja vääruskumused kui häire ise.

Eesti Vabariigi parlamendi ratifitseeritud puuetega inimeste õiguste konventsiooni eesmärkide saavutamiseks, vaimse tervise häiretega inimeste sotsiaalse kaasatuse tugevdamiseks ning rahvastiku ja vananemise tõttu vähenevate töökäte tööturule kaasamiseks tuleb riigil järjepidevalt panustada ka selle sihtgrupi tööturul osalemise võimaluste parandamisse. Võrreldes nn füüsiliste häiretega on teisteski riikides hakatud nn mentaalse maailma häiretega sihtgrupile kujundama tööturuteenuseid suhteliselt hiljuti, mistõttu on ka teadmine sihtgrupi tööelu toetavate meetmete efektiivsusest pigem napp, fragmentaarne ja kohati ka vastuoluline. Siinse töö autorid julgevad läbi töötatud materjalile toetudes anda konkreetseid soovitusi poliitikakujundajatele olukorra parandamiseks. Siinjuures on nende soovitude elluviimise kriitiliseks eduteguriks teenuseosutajate adekvaatsed teadmised psüühika- ja käitumishäiretest ning oskused ja teadmised teenuste kohandamiseks antud sihtgrupile.

Süsteemne olukorra parandamine peab algama ennetustegevusest. Tööelus osaleva inimese vaimse tervise häirumine võib otseselt tuleneda stressirikast töökeskkonnast, väljakujunenud psüühika- ja käitumishäirega inimeste stressitaluvus võib olla madal ning stressirikas töökeskkond võib vähendada vaimse tervise häirega töötaja töövoimet. Ennetustegevuse parandamiseks on vajalik poliitika kujundajatel astuda järgmised sammud:

- Luua mehhanism, mis tagab tööandjate ja töötajate pideva informeerimise ja konsulteerimise psühhosotsiaalsetest tervist mõjutavatest teguritest töökeskkonnas, vaimse tervise häiretest ning töökeskkonna parandamise võimalustest just neid riske silmas pidades.
- Tööandjaid ja töötajaid saab töökeskkonna parandamisel toetada töötervishoiuarst ja tööpsühholoog. Töötervishoiuarstide parem ettevalmistus vaimse tervise alal ja nende tegelik kaasamine töökeskkonna parandamisse võimaldaks olemasolevaid kohustusi ja teadmispõhist praktikat ettevõtetes levitada ning parandada kohustuse täitmist ja kohustuste täitmise kvaliteeti.
- Tarvilikud oskused ja kogemus aitab inimestel stressiga toime tulla. Töötajatele ja tööandjatele konsultatsiooni pakkumine, kuidas töötajate stressiga toimetuleku oskusi parandada, on samuti olulised häirete ja seonduva töövoimekao ennetamiseks.

Psüühika- ja käitumishäiretega seonduvate probleemide ennetamiseks on äärmiselt oluline nende varajane märkamine, et ennetada kumulatiivselt kasvavat ravikulu ning kahandada abivajadust igapäevaelus osalemisel ja tööturul toimetulemisel. Häirete varaseks märkamiseks ja õigeaegseks sekkumiseks tuleb:

- Suurendada elanikkonna teadlikkust vaimsest tervisest ning psüühika- ja käitumishäiretest, mis võimaldab valesõltumise märgata ja tunnistada muutusi enda ja teiste vaimses tervises ning julgustab varakult nii abi ja tuge otsima, kui ka seda pakkuma.
- Parandada psüühiaatrilisele ravi kättesaadavust. Ravi jätkuv alapakkumine ja pikad ravijärjekorrad eriarstiabis võivad kahandada teiste rakendatavate meetmete tulemuslikkust. Käesoleva töö fookust arvestades tuleks erilist tähelepanu pöörata tööhõives olevatele esmaste häiresümptomitega inimestele psühholoogilise abi osutamise kiiruse ja kvaliteedi parandamisele.
- Parandada töötervishoiu tervisekontrolli korraldust, et töötaja vaimse tervise muutumist oleks võimalik varakult märgata ning töötaja ja tööandja saaks probleemi süvenemise ennetamiseks ja töökeskkonna stressitaseme juhtimiseks pädevat konsultatsiooni ja otsustusabi.

Vaimse tervise häirega inimestele toe pakkumiseks tuleb abistajatel, sealhulgas rehabilitatsiooni ja tööturuteenuste osutajatel ning tööandjatel adekvaatselt hinnata töövõime kao ulatust ja võimalusi, kuidas ennetada töövõime kahanemist ja toetada töövõime kasutamist ja paranemist. Psüühika- ja käitumishäire tekkimisel või häire sümptomite avaldumisel on oluline toetada inimese tööle jäämist või tööle naasmist, milleks tuleks:

- Pakkuda tööandjatele tuge süstemaatilise vaimse tervise poliitika välja kujundamiseks ja rakendamiseks, mis hõlmab ka vaimse tervise häiretest tuleneva töövõime juhtimist töökohal.
- Pakkuda tööandjatele ja töötajatele tuge töö kohandamiseks, et võimaldada tööandjal ja töötajal kasutada parimal võimalikul viisil viimase olemasolevat töövõimet.

Tööturul osalemine sõltub haridusest ja töökogemusest, oskuste, teadmiste ja praktiliste kogemuste omandamise võimaldamiseks tuleks:

- Edendada psüühika- ja käitumishäiretega inimeste võrdseid võimalusi ja võrdset juurdepääsu tasemeharidusele.
- Toetada täiskasvanuõppe kättesaadavust, pakkudes kohandatud koolitusi ja soodustades õpet töökohal tööturul osalemiseks tarvilike oskuste ja võimekuste arendamiseks.
- Pakkuda oskuste, teadmiste, võimekuste ja kogemuste arendamiseks kaitstud tööd ja toetatud tööd võimaldades raske psüühika- ja käitumishäirega inimeste suuremat aktiivsust tööturul ning järkjärgulist üleminekut avatud tööturule.

Executive Summary

The share of persons with mental health problems influencing their occupational capacity has been increasing in both European Union and in Estonia. According to Estonian Health Insurance Board's administrative statistics, in 2013 there was 87,288 persons in working age (10,6% of population in age group 16–62) whose bill for treatment indicated mental disorder, of which 51,538 had bought a medicine under a doctors' prescription to treat a mental health problem. At the beginning of the 2014, there were 32,498 persons in working age to whom Estonian Social Insurance Board had identified incapacity to work in the range of 10-100% that is related to a mental health problem, of which 24,475 the mental disorder was the main diagnoses.

People with mental health problems are one of the risk groups on the labour market. Their inactivity rate and unemployment rate are higher and activity rate is lower compared to the rest. Their lower motivation and opportunities to participate in employment might be influenced by several concurrent factors, including, access to treatment, skills and competencies, work experience and suitable work. Moreover, their participation in labour market could be disabled to larger extent by misconceptions and false beliefs about mental health problems than the disorder itself.

In order to ensure full and equal enjoyment of human rights according to Convention on the Rights of Persons with Disabilities, enhance social inclusion of people with mental health problems, and to prevent the shortage of working hands due to the ageing population and population decline, the state shall consistently improve employment opportunities of people with mental health problems.

Compared to measures for people with physical occupational disability, the measures for people with mental health problems have been developed and implemented relatively more recently. Due to this, the research information about impact and efficiency of the measures is oftentimes scarce, fragmented and inconsistent. Based on the current secondary and primary research, the authors conclude the following suggestion for the improvement of policy measures.

First of all, the prevention of mental health problems and related occupational incapacity issues are the most crucial. Stressful working conditions could cause the emergence of a mental health problem, people with mental health problems might have low tolerance for stressful working conditions and stressful working conditions could reduce their capacity for work. The policy-makers shall make the following steps for the improvement:

- Establish a mechanism to ensure that employers and employees are well informed and consulted on psychosocial mental health risk factors, mental health problems, and the possibilities of improving the working conditions in this regard.
- Occupational physicians and occupational psychologists could provide substantial assistance to employers and employees. However, they shall have better preparation in the field of mental health and their actual involvement in improving the work environment shall be extended.
- Stress-coping skills are helpful in handling stressful situations and preventing triggering mental health problems. Providing information and consultancy for both employers and employees about how to improve the stress coping skills at the workplace shall be developed.

Early identification of mental health problems is crucial for preventing incapacity to work, cumulatively increasing treatment and rehabilitation burden. For early identification and intervention, the policy-makers shall take the following steps:

- Increase the public awareness of mental health issues that could enable early identification and recognition of changes in mental health without false shame, and encourages both seeking help and providing assistance in the early phase of problem development.
- Improve the availability of psychiatric treatment and psychological assistance as these services for a long time have been undersupplied and have exacerbated the problem for people, employers and the society as a whole. The special attention shall receive the early psychological help to employed persons with primary symptoms of mental disorders.
- Improve the organization of occupational medical examinations for employees for the improvement of early identification of mental health problems and occupational risk factors. This shall also enable physicians' decision aid and consultation to employers and employees for the improvement of work environment.

Social and employment service providers and employers have to adequately assess the occupational capacity and assistance needs of people with mental health problems. This includes evaluating ways to avoid performance and productivity loss and support the use of remained capacity to work. The policy-makers shall take the following steps for supporting people with mental health problems stay-at-work and return to work:

- Provide decision aid and consultations to employers for developing and implementing systematic mental health policy at the workplace.
- Provide consultation and support to employers and their employees in accommodating work and working conditions according to employees' mental health issues and enabling their capacity to work.

Participation in labour market depends on education and work experience. For the improvement of skills and competencies of people with mental health problems, the policy-makers shall take the following steps:

- Improve equal opportunities and equal access to formal education for people with mental health problem over the life course.
- Support lifelong learning by providing and enabling accommodated vocational education and training off and on the workplace.
- Elaborate sheltered employment and supported employment schemes for people with mental health problems to increase their activity in the labour market and gradual transition to the open labour market.

Sisukord

Lühikokkuvõte ja soovitused	3
Executive Summary	5
Töös kasutatud lühendid	10
1. Sissejuhatus	11
2. Vaimse tervise häirete problemaatika tööelus	15
2.1. Häirest tulenev mõju tööelule	17
2.1.1. Tavalised vaimse tervise häired	18
2.1.2. Rasked psüühika- ja käitumishäired	26
2.2. Tööelus osalemist selgitavad tervisevälised tegurid	34
2.2.1. Haridus, oskused ja teadmised	36
2.2.2. Töötingimused	38
2.2.3. Stigma	43
2.3. Töövõime hindamine	45
3. Meetmed vaimse tervise häirega inimeste tööelu toetamiseks	48
3.1. Töövõimekao ennetamine töökohal	48
3.2. Töötaja tööhõivevõime tõstmine	50
3.3. Tööle jäämise ja tööle naasmise toetamine	54
3.4. Töötingimuste kohandamine	56
3.5. Antistigma meetmed	60
3.6. Kokkuvõte	64
4. Eesti kontekst, meetmete süsteem	65
4.1. Õiguslik kontekst	65
4.2. Töötamist toetav meetmete süsteem	66
4.2.1. Vaimse tervise häirete ennetamine	66
4.2.2. Ravi ja töövõime taastamine	66
4.2.3. Aktiveerimine	67
4.2.4. Hõivesse siirdumist ja seal püsimist toetav meetmestik	69
4.3. Sihtgrupp meetmete süsteemi peegelduses	71
4.3.1. SKA registriandmed	73
4.3.2. Töötukassa registriandmed	75
4.3.3. Haigekassa registriandmed	77
5. Eesti meetmete süsteemi probleemkohad ja lahendusvõimalused	78
5.1. Terviseprobleemide ennetamine	78
5.1.1. Riskianalüüs	78
5.1.2. Töötervishoiuarsti tervisekontroll ennetava meetmena	81
5.1.3. Stressiga toimetulek	83
5.2. Vaimse tervise probleemi avastamine ja tervise taastamine	84
5.2.1. Ravi kättesaadavus	84
5.2.2. Töötervishoiuarsti roll häire tuvastamisel	85
5.2.3. Vaimse tervise häire kui tööst põhjustatud haigus	87
5.2.4. Elanikkonna teadlikkus vaimsest tervisest	88

5.3.	Hindamine ja aktiveerimine	89
5.3.1.	Hindamine	89
5.3.2.	Oskused ja kompetents hindamisel ja sobiva abi pakkumisel	92
5.4.	Tööle jäämine ja tööle naasmine	93
5.4.1.	Töökohal töövõime juhtimine	93
5.4.2.	Teadlikkuse ja hoiakute kujundamine.....	95
5.4.3.	Töö kohandamine	97
5.5.	Oskuste ja teadmiste arendamine	100
5.5.1.	Võrdsete kohtlemine ebavõrdselt.....	101
5.5.2.	Koolituste kättesaadavus.....	101
5.5.3.	Oskusi ja kogemust andvate teenuste kohandamine	102
5.5.4.	Kompleksteenused tööhõivevõime ja töövõime arendamiseks	103
6.	Kokkuvõte ja soovitused	105
	Kasutatud kirjandus	110
	LISA 1. Metoodika.....	122
	Kirjanduse otsingu metoodika.....	123
	Süsteematiliste kirjandusülevaadete otsing	123
	Töötamist toetavaid meetmeid käsitlevate teadusartiklite otsing.....	126
	Informandiintervjuud	128
	Intervjuukava	129
	Intervjueeritavad.....	135
	Intervjueerimine	135
	Kodeerimine.....	136
	Fookusgrupid-intervjuud ekspertidega	136
	Intervjuukavad	136
	Intervjueeritavad.....	142
	Intervjueerimine	142
	LISA 2. Statistika	144
	LISA 3. Respondendiintervjuude kokkuvõte	145
	Vaimse tervise häire tekkimine	145
	Vaimse tervise häire mõju isiklikule elule	145
	Füüsilise tervise haigusega toimetulek	146
	Toimetulek vaimse tervise häirega – toetavad meetmed	146
	Tervise mõju oskuste omandamisele	147
	Töötamist soodustavad tegurid	147
	Haigusest tulenevad töötamise takistused	149
	Muud inimesekesksed töötamist takistavad tegurid.....	150
	Välised töötamist takistavad tegurid	151
	Terviseseisundi või töövõimetuspensionäri staatuse avaldamine tööandjale	152
	Tööturu- ja sotsiaalteenused tööelu toetavate teenustena	152
	Töövõimetuse hüvitamise süsteem	154

Jooniste loetelu

Joonis 1. Vaimse tervise häirega inimeste osalemine tööturul	16
Joonis 2. Vaimse tervise häirete liigitus	17
Joonis 3. Selle töö fookuses olevad tööelus osalemist mõjutavad tervisevälised tegurid	35
Joonis 4. Vaimse tervise häirega tööealiste inimeste haridustase Eestis võrdluses teiste rühmadega.....	37
Joonis 5. Vaimse tervise häirega hõivatute ametialad Eestis võrdluses teiste rühmadega,.....	39
Joonis 6. Vaimse tervise häirega inimeste vajadus kohandatud töötingimuste järele.....	42
Joonis 7. Psüühika- ja käitumishäirega töövõimekaoga inimesed soo ja vanuse järgi, 2014	73
Joonis 8. Psüühika- ja käitumishäirega seotult tuvastatud töövõimekaoga inimesed soo ja töövõimekao määra järgi, 2014	74
Joonis 9. Psüühika- ja käitumishäirega töövõimekaoga inimeste sotsiaalmaksuga maksustatud tulu inimese põhidiagnoosi ja tõise tulu suuruse järgi, 2013 kalendriaasta	75
Joonis 10. Psüühika- ja käitumishäirega töövõimekaoga inimeste töötukassas arveloleku lõpetamise põhjused, 2012-2014	76
Joonis 11. Psüühika- ja käitumishäire raviks näidustatud retseptid ja ravimikasutajad vanuse järgi, 2013..	77
Joonis 12. Analüüsi meetodika.....	123
Joonis 13. Süstemaatiliste kirjandusülevaadete otsing ja sirvimine	126
Joonis 14. Töötamist toetavaid meetmeid käsitlevate teadusartiklite otsing ja sirvimine.....	129

Tabelite loetelu

Tabel 1. Depressioon tuvastatud töövõimekaoga inimeste seas soo ja põhidiagnoosi järgi, 2014.....	19
Tabel 2. Ärevushäired tuvastatud töövõimekaoga inimeste seas soo ja põhidiagnoosi järgi, 2014	23
Tabel 3. Neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed häired (v.a ärevushäired) tuvastatud töövõimekaoga inimeste seas soo ja põhidiagnoosi järgi, 2014.....	24
Tabel 4. Skisofreenia esinemine tuvastatud töövõimekaoga inimese seas soo ja tuvastatud töövõimekao määra järgi, 2014	27
Tabel 5. Skisotüüpsed ja luululised häired töövõimekaoga inimeste seas soo ja tuvastatud töövõimekao määra järgi, 2014	29
Tabel 6. Dementsus töövõimekaoga inimeste seas soo ja tuvastatud töövõimekao määra järgi, 2014	33
Tabel 7. Mõõdukas ja raske vaimne alaareng töövõimekaoga inimeste seas soo ja tuvastatud töövõimekao määra järgi, 2014	34
Tabel 8. Töötaja tööhõivevõime tõstmise meetmed Corbiere ja Lecomte'i käsitluses	51
Tabel 9. Tuvastatud töövõimekaoga tööealised inimesed, kelle ekspertiisidokumentides sisaldub märge psüühika- ja käitumishäirele, diagnoosi järgi.....	71
Tabel 10. Tuvastatud töövõimekaoga inimeste diagnoosikombinatsioonid.....	74
Tabel 11. 2013 ja 2014 Töötukassasse pöördunud sihtgrupi esindajate hõivest lahkumise põhjused	76
Tabel 12. Vaimse tervise häirega inimeste osalemine töötukassa pakutavates tööturuteenusetes.....	102
Tabel 13. Intervjueritute jaotus.....	137
Tabel 14. Psüühika- ja käitumishäirega inimesed haigekassa ravikindlustuse andmekogus vanuse, soo ja tuvastatud töövõimekao määra järgi, 2013	144

Töös kasutatud lühendid

EL	Euroopa Liit
EPE	Eesti Patsientide Esindusühing
ESA	Eesti Statistikaamet
ESENER	Uute ja tekkivate riskide alane Euroopa ettevõtete uuring (ingl <i>The European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks</i>)
ETU	Eesti Tööjõu-uuring
EU OSHA	Euroopa Tööohutuse ja Töetervishoiu agentuur (ingl <i>The European Agency for Safety and Health at Work</i>)
EÜ	Euroopa Ühendus
KOV	kohalik omavalitsus
OECD	Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsioon (ingl <i>Organization for Economic Co-operation and Development</i>)
PISTS	puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seadus
RHK-10	rahvusvaheline haiguste klassifikaatori 10 versioon
RPKS	riikliku pensionikindlustuse seadus
SHS	sotsiaalhoolekande seadus
SKA	Sotsiaalkindlustusamet
SLIC	Vanemtööinspektorite Komitee (ingl <i>Senior Labour Inspectors Committee</i>)
SMS	sotsiaalmaksuseadus
TI	Tööinspeksioon
TK	Eesti Töötukassa
TkindIS	töötuskindlustuse seadus
TLS	töölepingu seadus
TTOS	töetervishoiu ja tööohutuse seadus
TTTS	tööturuteenuste ja -toetuste seadus
TuMS	tulumaksuseadus
TvTS	töövõimetoetuse seadus
VÕS	võlaõigusseadus

1. Sissejuhatus

Vabariigi Valitsus algatas 2012. aasta aprillis¹ tervisekaost tuleneva töövõimekao riski maandavate meetmete süsteemi reformi (mõnedes käsitlustes ka kui *töövõimekindlustuse reform, töövõimereform, tööhõivereform, töövõimeskeemi reform*). Vastavalt 2014. aasta detsembris vastu võetud töövõimetoetuse seaduse eelnõu seletuskirjale soovitakse reformiga „pakkuda tervisekahjustusega inimestele komplekselt abi ja toetust tööturul osalemiseks, arvestades iga inimese individuaalseid vajadusi ja barjääre“. Terviklik lähenemine tähendab seletuskirja järgi, et „töövõime hindamine toetab sobivate tööturuteenuste pakkumist ja sobiva, s.o tervise seisundile vastava töö leidmist.“

Et luua eeldused tervisega seotud põhjustel tööturult eemale jäänud inimeste tulemusrikkaks tagasitoomiseks tööturule ja ennetamaks töövõime kaotust ja süvenemist, on Sotsiaalministeeriumil kavas järgnevatel aastail koostöös sihtrühmade ja sotsiaalpartneritega kohandada ja täiendada teenuste süsteemi, sh tööturuteenuseid ja nende pakkumise korraldust. Käesolev uuringuraport on üks sisendeist, mille toel valdkondlikku poliitikat järgnevatel aastail kavandatakse. Nimelt on Sotsiaalkindlustusameti (edaspidi SKA) pensionikindlustuse registri andmetel psüühika- ja käitumishäired üks enamlevinud häiregrupe, millega seotult töövõimekao määr on tuvastatud. Eestis elas 2014. aasta alguses 32 498 tööealist inimest, kellele oli SKA läbi viidud töövõimetoetuse ekspertiisi raames tuvastatud töövõimekadu vahemikus 10–100% ning kelle ekspertiisidokumentidel oli märge psüühika- või käitumishäire kohta. Neist 24 475 inimesel oli psüühika- ja käitumishäire põhidiagnoos, 8023-l oli psüühika- ja käitumishäire märgitud kõrvaldiagnoosina mõne muu häire kõrval. 8626-l tööealisel tuvastatud töövõimekaoga inimesel on diagnoositud samaaegselt kaks või enam psüühikahäiret. Peamisteks püsivalt töövõimet mõjuvaks psüühika- ja käitumishäireteks on vaimne alaareng, isiksus- ja käitumishäired, skisofreenia, depressioon ja ärevushäired aga ka näiteks psühhootiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired.

Vajadust arvestada töövõime toetuse seaduse rakendamisel enam psüühiliste häiretega inimeste vajadusi tõsteti esile töövõime toetuse seaduse mõjuanalüüsis (Vahopski *et al.* 2014). Välisriikide praktika on näidanud, et nn tavapäraste, standardsete tööturumeetmete osutamine vaimse tervise häirega klientidele ei pruugi olla soovitud mõjuga, antud sihtrühm vajab spetsiifilisi häire iseloomu arvestavaid ja kohandatud meetmeid (OECD 2012a). Vaimse tervise probleemidega inimestele suunatud tööturumeetmete kohandamisel ja uute teenuste disainimisel tuleb arvestada paljude omavahel seotud teguritega. Vaimse tervise häireist tingitud töökatkestused ja neile järgnev tööle naasmine on otseselt mõjutatud nn tööalase integratsiooni protsessi ladususest, mis sõltub otseselt nii kolleegide ja ülemuste toetusest vahetus töökeskkonnas kui ka teenuste osutamise haldustavast ja toetusmeetmete pakkumise sidususest (Saint-Arnaud, Saint-Jean, and Damasse 2006).

Sotsiaalministeerium on tellinud käesoleva uuringu eesmärgiga selgitada välja psüühika- ja käitumishäiretega inimeste peamised probleemid avatud tööturul, avada nende probleemide põhjuseid ja pakkuda võimalikke lahendusi. Uurimismeeskonna peamiseks sihiks on pakkuda oma töö kaudu Sotsiaalministeeriumile ja teistele poliitikakujundajatele süstematiseeritud ja argumenteeritud otsustusbaasi, et täiendada ja kujundada töövõime toetamise süsteemi vaimse tervise häirete problemaatikat arvestavaks ning edendada psüühika- ja käitumishäiretega inimeste töötamise võimalusi.

Uurimisülesande lahendamiseks kogus Praxise uurimismeeskond esmalt teaduskirjanduse süstemaatilise ülevaate meetodil kokku kaasaegse teadmise psüühika- ja käitumishäiretega inimeste tööelus osalemise probleemidest ja nende ületamise võimalustest. Toetudes SKA, Haigekassa ja Töötukassa administratiivandmetele, kirjeldati statistiliselt psüühika- ja käitumishäiretega tööealiste inimeste kontingenti Eestis.

¹ Pevkur, H. (2012). Valitsuse pressikonverentsi stenogramm, 5. aprill 2012.

Ressursimahukaks etapiks uurimisülesande lahendamisel olid intervjuud töövõimetuspensionäridega, kelle töövõimetuse hindamisel oli ekspertiisidokumentides ka märge psüühika- ja käitumishäire kohta. Nende vahetu kogemus võimaldas iseloomustada sihtrühma osalemisvõimalusi Eesti tööturul ja koguda infot tööelus osalemisega seotud ootuste ja töötamise toetamise võimaluste kohta. Samuti intervjueriti ekspertintervjuude, grüpiintervjuude ja fookusgruppide vormis tööandjaid, tööturuteenuste pakkujaid ja vaimse tervise valdkonna eksperte, et koguda täiendavat informatsiooni vaimset tervist toetavate teenuste süsteemi ja tervisekao tingimustes töötamist toetavate meetmete süsteemi, selle väljakutsete ja arendusvajaduste kohta.

Töö loetavuse huvides on metoodika detailne kirjeldus esitatud lisana (Lisa 1), põhitekstis on metoodikaga seotud nüansse avatud eelkõige võimalike väärtõlgenduste ennetamiseks. Uuringuaruande koostamisel on püütud seda üles ehitada viisil, et see oleks ühelt poolt käepärane lugemine kõigile vaimse tervise ja tööelu seostest huvitatuile, ent teisalt ei ohverdata ühtegi teadustekstilt oodatavat tunnust.

Uuringuaruanne on jaotatud kuueks peatükiks. Sissejuhatusel järgnevas teises peatükis antakse ülevaade vaimse tervise häirete mõjust tööelule. Esmalt keskendutakse konkreetsete, levinumate vaimse tervise häirete sümptomaatikale fookusega sellel, kuidas häired võivad mõjutada töövõimet ja tööelu. Illustreerimaks häirete esinemissagedust ja nende kaudset mõju tööelule Eestis, peegeldatakse häirete esinemist SKA pensionikindlustuse ja Haigekassa ravikindlustuse andmekogude andmete toel. Seejärel kirjeldatakse teaduskirjanduse ja Eesti konteksti iseloomustavate uuringute toel terviseväliste tegurite mõju tööelule. Eritähelepanu pööratakse seejuures hariduse, töötingimuste ja stigma teemadele. Lõpetuseks avatakse üldistatult ka töövõime hindamise problemaatikat vaimse tervise häirete kontekstis.

Kolmandas peatükis esitatakse teaduskirjanduse süstemaatilise kirjanduse ülevaate meetodi abil hetke värske teadmine välisriikide kogemusest vaimse tervise häirega inimeste töötamise toetamisel. Käsitletakse nii meetmeid, mis on suunatud töövõimekao ennetamisele, tööhõivevõime tõstmisele, tööl püsimisele ja tööle naasmisele, töötingimuste kohandamisele ning stigma vältimise meetmeile.

Neljandas peatükis kirjeldatakse Eesti meetmete süsteemi, lähtudes alanud reformile seotud ootustest. Teisisõnu käsitletakse süsteemi just sellest perspektiivist, kuidas olemasolev või juba vastuvõetud õigusaktides kajastuv tulevikus jõustuv meetmestik toetab vaimse tervise häirete ennetamist, tervise ja töövõime taastamist, aktiivsust tööelus osalemisel ning juba hõivesse sisenenute püsimist seal häirete avaldumisel, püsimisel või süvenemisel.

Järgnevas, viiendas peatükis annavad autorid eelnevates peatükkides käsitletud infot sünteesides hinnangu meetmete süsteemi piisavusele ning süsteemi kitsaskohtadele töö keskmes olevate vaimse tervise häirete kontekstis, avades seejuures võimalikke lahendusi tuvastatud probleemkohtadele.

Viimases, kuuendas peatükis esitavad autorid juba konkreetsete soovitusel meetmete süsteemi kohandamiseks ja täiendamiseks, et toetada vaimse tervise häiretega inimeste osalemine töö- ja ühiskonnaelus muu elanikkonnaga võrdsetel alustel. Soovitusel sõnastamisel on lähtunud ühelt poolt reformile seotud ootustest, kuid arvestatud on ka sotsiaalkaitse tänast korraldust, tellija ja tema valitsemisalas tegutsevate rakendusametuste tegevusplaan, 2015. aasta alguses teadaolevaid arenguid ja autorite hinnangul antud ajahetkel kõige kriitilisemaid probleemkohti.

Et vaimse tervise temaatika – eriti seotuna tööelu valdkonnaga – ei ole Eestis varem üleaarü käsitlemist leidnud, on autorid võtnud käesolevas kirjatöös endale voli eestindada mitmeid mujal maailmas levinud mõisteid ning avada problemaatikat Eesti kontekstis uudsete liigituste kaudu. Nagu ka käesoleva peatüki esimene pool on ilmekalt demonstreerinud, eelistavad ja soovivad autorid (vähemalt väljaspool meditsiinimaailma) kasutada eestikeelses ruumis domineeriva tähistaja „psüühika- ja käitumishäired“ asemel pisut laiemat ent vähem stigmatiseeritud terminit „**vaimse tervise häired**“ (ingl *mental*

health problems). Äsjanimetatu hõlmab autorite käsitluses igasuguseid olulisi kõrvalekaldeid vaimses või psühholoogilises heaolus, sõltumata sellest, kas need häired kvalifitseeruvad psüühika- ja käitumishäireks rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni 10. versiooni (RHK-10) V peatükis käsitletu mõistes või jäävad diagnostiliste kriteeriumide järgi veel nn alalävisteks (*sub-diagnostic*). Asendus on eriti asjakohane just tööelu kontekstis, kus inimese töötingimuste kohandamisel ei pruugi väga täpne diagnoos lisandväärtust anda ning samaväärseid kohandusi võivad vajada nii kerge depressiooni diagnoosiga inimene kui ka depressiooni sümptomitega inimene, kel häire kliinilises mõttes alalävine – mõlemal juhul võib kõrvalekalle tavapärasest kahandada oluliselt tööalast produktiivsust, põhjustada presenteeismi või olla ka vaheetapiks raske ja kauakestva psüühika- ja käitumishäire väljakujunemisel.

Teiseks oluliseks muudatuseks on Eestis seni episoodiliselt kasutatud, kuid ingliskeelses teaduskirjanduses levinud praktikast lähtudes vaimse tervise häirete liigitamine kaheks suureks grupiks: **tavalised vaimse tervise häired** (*common mental health disorders*) ning **rasked psüühika- ja käitumishäired** (*severe mental health disorders* või *illnesses*). Autorite käsitluses hõlmavad tavalised vaimse tervise häired endas vaimse tervise probleeme, mille negatiivne mõju inimese heaolule ja funktsioneerimisele on kas tagasihoidlik, mõõdukas või ka märkimisväärne, ent mille puhul on kiire ja õigeaegse sekkumise korral – kuid teatud tingimustel ka ilma igasuguse meditsiinilise või terapeutilise sekkumiseta – võimalik häire all kannataja täielik ja püsiv tervistumine (või eduka funktsioneerimise tagav adapteerumine ühiskonda ja tööellu). Seevastu raskete psüühika ja käitumishäirete korral on häire või selle akuutse episoodi mõju inimese toimimisele väga oluline ning enamasti ei ole professionaalse sekkumiseta, kogu elu kestva ravita või oluliste kohandusteta igapäevakeskkonnas inimese tervistumine ega tema osalemine ühiskonnaelus võrdselt teistega võimalik.

Ka kolmanda uuendusega püüavad autorid kõigutada tavapärast psüühika- ja käitumishäirete käsitlust, eemaldudes statistiliste andmete esitamisel RHK-10 V peatüki alapeatükkide põhisest lähenemisest. Autorid seavad esiplaanile just need psüühika- ja käitumishäired, mis on administratiivse statistika kohaselt kõige enam mõjutamas Eesti töötajaskonna tööelu, jättes tagaplaanile ja koondades diagnoosigrupid, mis statistikas ei domineeri. See otsus lähtub suuresti lähteülesande fookusest – vaimset tervist toetavate meetmete disainimisel ja teenuste osutamise printsiipide kujundamisel riiklikul tasandil on esmalt asjakohane lähtuda neist gruppidest, mis tööandjate ja inimeste tööelu toetavate rakendusasutuste seisukohalt kõige olulisemad. Harvemini esinevate häiregruppidele kohandamine on kindlasti oluline juhtumikorralduslikul tasandil ja võib olla asjakohane tulevikus spetsiifilisemate teenuste disainimisel.

Neljandaks toovad autorid vaimse tervise inimeste tööelu problemaatika avamisel töövõime kõrvale tööhõivevõime mõiste. Erinevalt mõnedest varasematest töödest (Leetmaa, Vörk ja Kallaste 2004) kasutavad autorid käesolevas töös osalt just töövõimereformi retoorikaga seotult terminit **töövõime** kitsalt tervisega seotud töötamise suutlikkuse tähistamiseks – nii uues kui ka veel kehtivas süsteemis hinnatakse töövõimet (töövõimetust) üksnes inimestel, kel on tervislik probleem. **Tööhõivevõime** peegeldab aga inimese potentsiaali tööturule siseneda ja seal oma olemasolevat töövõimet realiseerida. Vaimse tervise häirega inimestel võib töövõime olla ajas muutlik, st produktiivsus ja suutlikkust tööülesandeid täita võib olla mõnda aega 100%, kuid see võib tervislikel põhjustel kiiresti muutuda. Sellest muutlikkusest tulenevalt ei pruugi inimese töövõimet olla võimalik pikaajaliselt ja etteulatult usaldusväärset hinnata. Seevastu olukorras, kus täna 100%-liselt töövõimelise inimese töötamisega seotud vajadused on tervisest tuleneva ebastabiilsuse või töötingimustele seatavate erinõuete tõttu pikaajaliselt piiratud, on tema abivajaduse hindamise kontekstis kohane kõneleda tööhõivevõime piiratusest.² Sekkumisi, mis on seotud tervise

² Eristuse vajadus võib olla asjakohane ka teiste tervisehäirete või kahjustustega inimeste puhul. Näiteks on liikumispuudega muude tervisehäireteta inimene käsitletav suure hulga töökohtade suhtes 100%-liselt töövõimelisena, kuid olukorras, kus

parandamisega vaadeldakse kui töövõimet parandavaid meetmeid, seevastu teenuseid, mis aitavad inimesel kohanduda tööturuga (sh ka oskuste parandamise teenused), käsitletakse tööhõivevõimet parandavate meetmetena.

Autorid loodavad kõigi nimetatud uuenduste abil rikastada kahanenud töövõimega inimeste tööelu probleematika senist käsitlust. Kui kõik pakutavad lahendused praktikas ka ei juurdu, loob nende kasutamine hea eelduse paremate lahendusteni jõudmiseks läbi diskussiooni.

transpordisüsteem ja ehitiste mittevastavus liikumispuudega inimese vajadusele takistab sel inimesel ligipääsu enamikule töökohtadele, on tema tööhõivevõime tulenevalt tervisekahjustuse ja keskkonna koosmõjust käsitletav piiratuna. Olukord, kus uuendatavas süsteemis hakkavad sellised 100%-lise töövõimega inimesed kandma silti *osalise töövõimega*, on mõneti problemaatiline ega taha sobituda hästi Eestiski ratifitseeritud puuetega inimeste õiguste konventsiooni vaimuga.

2. Vaimse tervise häirete problemaatika tööelus

Arvukad teadustööd ja poliitikaanalüüsid on demonstreerinud, et vaimse tervise häire olemasolu ja tööturul osalemine on omavahel negatiivselt seotud. OECD (2012a, 40) andmetel on töötute hulgas keskmiselt kaks korda rohkem vaimse tervise häiretega inimesi kui töötavate inimeste seas. Vaimse tervise häirega töötajate töövõime on võrreldes tervete inimestega sagedamini vähenenud ning neil on seetõttu raskem tööturul osaleda (Corbière, Negrini, and Dewa 2013; OECD 2012a; Schultz and Rogers 2010). Pauli ja Moseri (2009) metanalüüsi kohaselt on vaimse tervise probleemidega inimestel ühelt poolt suurem tõenäosus oma töö kaotada või pärast formaalharidussüsteemist lahkumist töötuks jääda ning teisalt on vaimse tervisega töötutel väiksem tõenäosus tööd leida. Dewa jt (2014) leiavad süstemaatilisele kirjanduseülevaatele toetudes, et võrreldes füüsiliste terviseprobleemiga inimestega on vaimse tervise häiretega inimeste töökatkestuse kestus pikem ning vaimse tervise häirega inimeste puhul on tõenäolisem risk, et haiguse episood kordub ja aeg korduste vahel on lühem kui füüsilise tervise probleemidega inimeste katkestuste korral. Analüüsidest Eesti Tööjõu-uuring 2011 (edaspidi ETU 2011) andmete toel vaimse tervise häiretega inimeste positsiooni tööturul, ilmneb, et kooskõlas rahvusvahelise kogemusega on vaimse tervise häirega inimeste tööhõive määr madalam võrreldes teiste terviseprobleemidega inimestega ja tervisehäireteta inimestega (vt [Joonis 1](#)).

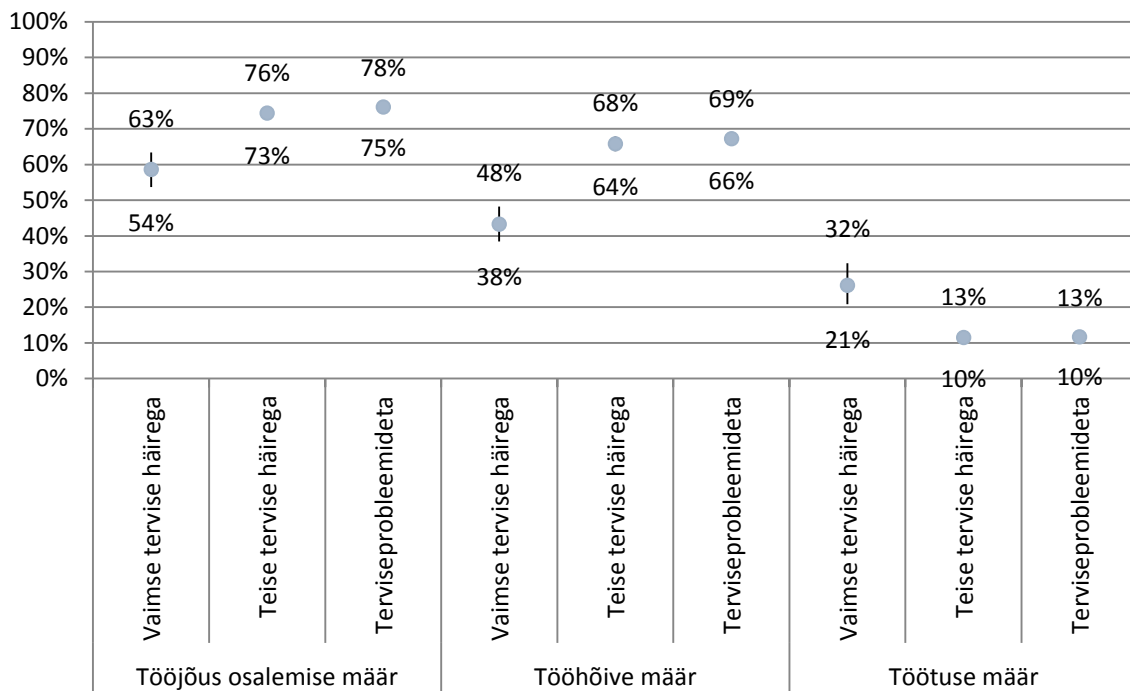
Paul ja Moser (2009) tõdesid oma metaanalüüsi toel, et töö kaotamine mõjutab vaimset tervist negatiivselt, uue töö leidmine on seotud sellega, kas töö otsimise perioodil inimese vaimne tervis paraneb. Nende analüüsist selgus ka, et töötus mõjutab vaimset tervist negatiivselt meestel ning nõrgema majandusarenguga, suuremate sissetulekulõhedega ja nõrgema töötuskindlustussüsteemiga riikides. Van der Noordt jt (2014) leidsid oma süstemaatilises kirjanduse ülevaates tugeva positiivse seose töötamise ning inimese vaimse tervise vahel, märkides, et töötamine vähendab depressiooni riski ning parandab inimese vaimset tervist.

Saunders ja Nedelec (2014) rõhutavad, et töötamise mõju vaimse tervise häiretega inimestele on seotud sellega, et inimene tajub, et see mida ta teeb on tähendusrikas ja kasulik; töötamine võimaldab vaimse tervise häirega inimestel tunda end „normaalsena“ (ingl *feel normal*) ja osana kogukonnast. Töötamisel on kasulik mõju ka raske psüühika- ja käitumishäirega inimestele, eelkõige seeläbi, et töötamine aitab parandada nende heaolu (Schneider 1998; RCP 2002; Twamley *et al.* 2003; Waddell and Burton 2006 kaudu), kuid töötamisel võib olla ka positiivne mõju raske psüühika- ja käitumishäirega inimeste tervenemisele (Anthony 2004; Schultz and Rogers 2010 kaudu).

Ford jt (2011) tervise, sh vaimse tervise mõju ja töö tulemuslikkuse (*work performance*) vaheliste seoste uurimisele keskendunud empiiriliste tööde metaanalüüs kinnitab, et psühholoogiline tervis ja heaolu on keskmiselt kuni tugevalt seotud töö tulemuslikkusega, demonstreerides, et halb vaimse tervise seisund vähendab inimese töö tulemuslikkust. Psühholoogiline tervis mõjutab eriti tugevalt tööülesannetega hakkamasaamise tulemuslikkust (*task performance*) ja vähem vabatahtliku töö korras töökeskkonna parendamiseks seotud tööülesannete täitmise tulemuslikkust (*contextual performance*). Töö tulemuslikkust mõjutavad negatiivselt ka alanenud meeleolu, ärevus, väsimus, diagnoositud psühholoogiliste häirete (*psychological disorders*) olemasolu ning eluga mitterahulolu, kuid see seos on tagasihoidlikum kui seos üldise töö tulemuslikkuse ja psühholoogilise heaolu vahel.

Sado jt (2014) leiavad vaimse tervise häirega inimeste töölt puudumise ennustusfaktoreid uurides, et varasemate haiguspäevade olemasolu suurendab uute haiguspäevade kasutamise tõenäosust. Dewa jt (2014) on lisaks leidnud, et vaimse tervise probleemidega naised puuduvad töölt suurema tõenäosusega kui mehed.

JOONIS 1. VAIMSE TERVISE HÄIREGA INIMESTE OSALEMINE TÖÖTURUL



Märkus: 15-64-aastane elanikkond; vaimse tervise häirega inimesteks loeti vastajad, kel enesehinnangu järgi on õpiraskused (lugemis-, õigekirja-, arvutamiskused), ärevus, ängistustunne, depressioon või muud vaimsed, närvidel seotud või emotsionaalsed probleemid, mis on kestnud või tõenäoliselt kestab 6 kuud või kauem.

Märkus: Kuna ETU 2011 puhul on tegu elanikkonna läbilõikelise valimiga, on andmed siin ja edaspidi ETU andmeid käsitlevatel joonistel toodud statistiliste usalduspiiridega. Antud valikuuringus küsitleti juhuslikult valitud täiskasvanuid. Kuna ei küsitletud kõiki täiskasvanuid, kehtivad valimi põhjal arvatud näitajad kõigile täiskasvanutele tõenäoliselt. Analüüsis on toodud tulemuste vahemik, mis tõenäosusega 95 juhul 100st kehtib kõigile täiskasvanutele. Erinevate küsimuste ja erinevate rühmade kohta toodud usalduspiiride vahemiku laiused erinevad sõltuvalt vastanute arvust. Mida rohkem vastanuid, seda kitsamad on usaldusvahemikud ja seda täpsemalt saab valikuuringuga teha järeldusi kogu tööealise elanikkonna kohta.

Märkus: töötajate osalemise määr (aktiivsuse määr) – töötajate osatähtsus tööealises rahvastikus; tööhõive määr – hõivatute osatähtsus tööealises rahvastikus; töötuse määr ehk tööpuuduse määr – töötute osatähtsus töötajate hulgas.

Allikas: Eesti Statistikaamet, Eesti Töötajate-uuring 2011, OSA L Tervis ja töövõime; autorite arvutused

Tervisehäirega või -kahjustusega inimeste tööelus osalemise võimaluste ja takistuste käsitlemisel on ajalooliselt domineerinud kaks vastanduvat teoreetilist lähenemist: meditsiiniline lähenemine ja sotsiaalne lähenemine (vt Costa-Black, Feuerstein, and Loisel 2013). Meditsiinilise (ka biomeditsiinilise) lähenemise järgi on töövõimetuse või puude põhjuseks inimese haigused või funktsioneerimise piirangud; sotsiaalse (ka psühhosotsiaalse) mudeli järgi põhjustab töövõime kadu inimese psühhosotsiaalne keskkond. Neid diametraalselt erinevaid lähenemisi ühendavad biopsühhosotsiaalsed mudelid, mille järgi peaks töövõime kadu selgitama nii biomeditsiiniliste kui ka psühhosotsiaalsete teguritega ning nende tegurite vastasmõjuga (*Ibid.*).

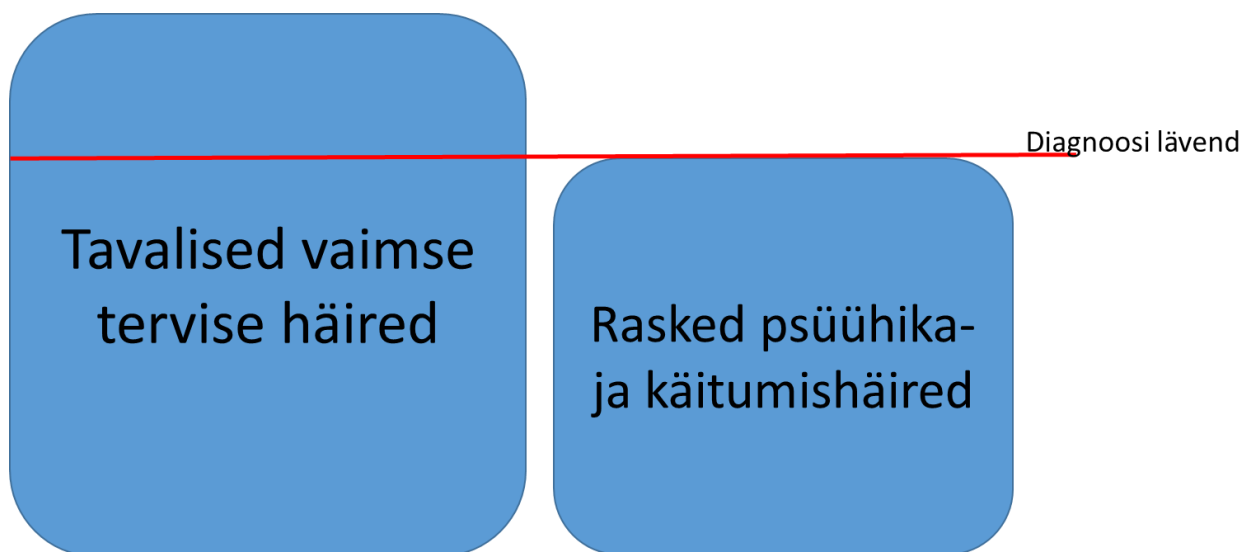
Antud peatükis on ülaltoodud dihhotoomiat mõneti järgides püütud avada tööelu problemaatikat esmalt terviseseisundi ja sümptomaatika keskselt. Seejärel vaadatakse, kuidas tervisevälised tegurid võivad koosmõjus vaimse tervise häirega (või seotud stigmaga) tööelu mõjutada, fookuseeritumalt võetakse seejärel vaatluse alla meetmete süsteemi rakendamise aluseks olev töövõime hindamise käsitlus seotuna vaimse tervise häirega inimeste töövõime hindamisega.

2.1. Häirest tulenev mõju tööelule

Käesolevas peatükis on autorid valinud vaimse tervise häirete sümptomaatika ja tööelu pärssiva mõju avamiseks struktuuri, mis toob ühelt poolt fookusesse tööelise elanikkonna seas enamlevinud vaimse tervise häired, ent teisalt püüab liigitada häired ja häiregrupid vastavalt sellele, milline on nende mõju inimese ühiskonna- ja tööelule. Illustreerimaks vaimse tervise häirete sümptomaatika variatiivsust valisid autorid kümme vaimse tervise häiret-häiregruppi, mis on administratiivse statistika kohaselt vaimse tervise häiretest peamised püsiva töövõimetuse põhjustajad³ (vt Tabel 9 lk 72).

Nagu sissejuhatuses kirjeldatud, liigitatakse käsitletavat häired ja häiregrupid ingliskeelses teaduskirjanduses levinud praktikast (vt nt Corbière, Negrini, and Dewa 2013) lähtudes kaheks grupiks: tavalised vaimse tervise häired (ingl *common mental health disorders*) ning rasked psüühika- ja käitumishäired (*severe mental health disorders* või *illnesses*) (vt Joonis 2). Tavalised vaimse tervise häired hõlmavad vaimse tervise probleeme (sh ka alaläviseid), mille negatiivne mõju inimese heaolule ja funktsioneerimisele on enamjaolt kas tagasihoidlik või mõõdukas ning mille puhul on kiire ja õigeaegse sekkumise korral – kuid teatud tingimustel ka ilma igasuguse meditsiinilise või terapeutilise sekkumiseta – võimalik häire all kannataja täielik ja püsiv tervistumine (või eduka funktsioneerimise tagav adapteerumine ühiskonda ja tööellu). Raskete vaimse tervise häirete alla on rühmitatud sellised häired või häiregrupid, mille mõju inimese toimimisele on reeglina alati väga oluline ning tervistumine ja/või osalemine ühiskonnaelus võrdsest teistega ei ole enamasti võimalik ilma professionaalse sekkumiseta, kogu elu kestva ravita või oluliste kohandusteta igapäevakeskkonnas.

JOONIS 2. VAIMSE TERVISE HÄIRETE LIIGITUS



Allikas: autorite koostatud

³ S.t aluseks on võetud 2014. aasta alguses kehtinud töövõimekao määraga isikute töövõimetuse ekspertiisi dokumentides enam esinevad psüühika- ja käitumishäired.

Autorid teadvustavad, et kirjeldatud jaotus on oma lihtsuses kergesti kritiseeritav – kuigi teises keeleruumis laialt kasutusel, puudub konsensuslik arusaam kategooriate piirides – üks ja sama häire (nt depressioon) võib liikuda raskusastme muutudes ühest grupist teise, erinevad autorid võivad tõmmata piire erinevalt. Sellest hoolimata leiavad autorid, et all kasutatava jaotuse rakendamine aitab tavapärasest RHK-10 V peatüki kesksest lähenemisest⁴ laiemal avalikkusel jaoks paremini mõtestada vaimse tervise häirete problemaatikat tööelus.

Häirete kirjeldamisel on samas kasutatud keskse allikana RHK-10 V peatükis käsitletud häirete sümptomaatikat (muud allikad on viidatud). Kirjelduste eesmärk on illustreerida ja avada häirete olemust, tõstes seejuures esile just tööelu seisukohalt olulise.

2.1.1. Tavalised vaimse tervise häired

DEPRESSIOON

Depressioon on meeleoluhäire, mida iseloomustab meeleolu alanemine, huvi ja elurõõmu kadumine ning energia vähenemine. Depressiooniga kaasneb sageli vähenenud aktiivsus ning kiire väsimine ka pärast väikest pingutust, kaasneda võib tähelepanu ja kontsentratsioonivõime alanemine, alanenud enesehinnang ja eneseusaldus, süü- ja väärtusetunne, pessimistlik suhtumine tulevikku, häiritud uni ja isu alanemine, samuti enesekahjustuse- või suitsiidimõtted, raskematel juhtudel ka teod.

Kerge depressiooni sümptomid on inimese jaoks tavaliselt ebameeldivad, tal on mõningaid raskusi igapäevases töös ja suhtlemises. Mõõduka depressiooniga isikul on harilikult märgatavaid raskusi sotsiaalses, tööalases ja koduses tegevuses. Depressioon võib esineda nii ühekordse episoodina, kuid võib ka olla korduv, diagnoosimiseks on vajalik episoodi(de) kestus(ed) vähemalt kaks nädalat.

Tööelus avaldub depressioon keskendumisprobleemidena ning ka kergesti häiritavusena, mistõttu kaasneb depressiooniga presenteeism (Lerner *et al.* 2011): depressiooniga töötajal võib puududa töötahe ja energia tööülesannete täitmiseks, sh nt sotsiaalse komponendiga tööülesannete täitmiseks; nõrgeneda võib emotsionaalne side tööga seotud eesmärkide ja tegevustega, seda ka olukorras, kus inimene jätkuvalt väärtustab oma tööd (Krupa 2011). Raske depressiooni puhul on väga ebatõenäoline, et isik on suuteline jätkama sotsiaalset või tööalast tegevust – kui, siis väga osaliselt või piiratud ulatuses.

Kergelt depressiooni saab tõhusalt ravida kas ravimite või psühhoteraapiaga (nt kognitiiv-käitumisteraapia, psühhodünaamiline teraapia, paariteraapia); mõõduka ja raske depressiooni ravis võib vajalikuks osutuda ravimite ja psühhoteraapia kombineerimine (Kleinberg *et al.* 2011). Uurimused (vt Lerner *et al.* 2011) on näidanud, et depressioonidiagnoosiga täiskasvanuil, kel on ligipääs kõrgetasemelisele ravile, osalevad tööelus tõenäolisemalt kui need, kellele pakutav diagnostika ja ravi on tagasihoidlikuma kvaliteediga. Ravisekkumiste kvaliteedi parandamine kahandab sümptomite tõsidust, mis võib omakorda avaldada positiivset mõju töötulemustele (Rost, Smith, and Dickinson 2004) (Schoenbaum *et al.* 2002). Teisalt on ka demonstreeritud, et kõrgetasemelise depressiooniravi võimaldamine aitab kahandada absenteeismi, kuid mitte presenteeismi (Wang *et al.* 2007). Lerner *et al.* (2011) järgi on presenteeism samas kõrgem nende töötajate seas, kelle amet nõuab enam hinnangute andmist ja otsustusvõimet ja /või meeskonnatööd.

EL riikides varieerub depressiooni aastane levimus 3 ja 10 % vahel (Kessler *et al.* 2005; Wittchen *et al.* 2011), Eestis on depressiooni levimus 5,6% (Kleinberg 2014). Haigekassa ravikindlustuse andmekogus sisalduvate

⁴ Klassifikaatori eesmärgina tõstetakse välja jaandes esile kliinilist, õppeotstarbelist ja teenistuslikku kasutust ning rakendamist teaduslikes uuringutes (vt <http://www.kliinikum.ee/psyhhiaatrikliinik/lisad/ravi/RHK/RHK10-FR17.htm>)

raviarvete kohaselt on aastatel 2011–2013 ravikindlustussüsteemist abi otsinud 61 592 tööalist inimest, kelle raviarveile on põhi või kõrvaldiagnoosina märgitud diagnoosikoodid F32-F33 (või ka F06.32 ja F92.0).⁵ 2013. aastal oli selliseid inimesi 28 642; ravijuhtumeid, mille raames väljastati inimesele töövõimetusleht, oli 2954, sellise ravijuhtumi keskmiseks kestuseks oli 20,4 päeva (mediaan 15 päeva), pikim ravijuhtum kestis 327 päeva.

2014. aasta alguses oli Eestis 8572 inimest, kel oli töövõimetus ekspertiisi raames tuvastatud aasta alguse seisuga kehtiv püsiv töövõimetus ning kelle ekspertiisdokumentides sisaldus märke depressiooni-diagnoosile, neist 3790 inimese puhul oli depressioon põhidiagnoos (vt Tabel 1). Neid tööalisi inimesi, kelle puude raskusaste tuvastamisel oli põhidiagnoosiks depressioon, oli 3848.

TABEL 1. DEPRESSIOON TUVASTATUD TÖÖVÕIMEKAOGA INIMESTE SEAS SOO JA PÕHIDIAGNOOSI JÄRGI, 2014

Põhidiagnoos	N	M	Kokku
Depressioon	2889	901	3790
Lihaskonna ja sidekoehaigused	745	205	950
Isikus- ja käitumishäired ning -sündroomid	540	385	925
Vereringeelundite haigused	393	212	605
Kasvajad	281	60	341
Närvisüsteemihaigused	214	123	337
Sisesekreetsiooni-, toitumis- ja ainevahetushaigused	146	77	223
Kerge vaimne alaareng	122	78	200
Ärevushäired	147	48	195
Vigastused, mürgistused ja teatavad muud välispõhjuste toime tagajärjed	73	117	190
Hingamiselundite haigused	86	27	113
Muu ülal nimetatamata vaimse tervise häire	255	183	438
Muu ülal nimetatamata kehaline haigus	168	97	265
Kokku	6059	2513	8572

Märkus: Tööalised (vanuses 16-62) inimesed, kel oli 2014. aasta 1. jaanuari seisuga tuvastatud püsiv töövõimetus määras 10-100% ning kelle ekspertiisi dokumentides sisaldasid diagnoosid F32-F33, F06.32 ja F92.0

Allikas: SKA, autorite arvutused

MUUD MEELEOLUHÄIRED

Depressioon on enamlevinud meeleluuhäire, tema kõrval on mitmeid teisi häireid, millele on omane meeleolu või afekti muutus, tavaliselt depressiooni (kaasneva ärevusega või ilma) või meeleolu tõusu suunas. Meeleolumuutusega kaasneb tavaliselt aktiivsuse muutus ja enamus teistest sümptomitest on kas sekundaarsed või nende seos meeleolu ja aktiivsuse muutusega on kergesti mõistetav. Mitmed selle spektri häiretest korduvad, üksikepisoodide algus on sageli seotud stressi tekitavate sündmuste või olukordadega. Suurel osal inimestest avaldub elu vältel aga ainult üks haiguse episood.

⁵ Autorid juhivad samas tähelepanu, et nimetatud diagnoosikoodide all võivad sisalduda ka valepositiivsed diagnoosid, mis hilisemate visiitide käigus ja täiendava info lisandumisel võivad saada endale teise tähistuse. Seega ei ole korrektne käsitleda administratiivandmeid võrdväärseks epidemioloogiliste uuringutega saadavate haiguste levimuse andmetega. Siiski aitavad siin ja järgnevates peatükkides toodud numbrilised näitajad anda aimu haigusrühmade suurusjärgudest, millele vaimset tervist ja töövõimet toetava süsteemi ülesehitamisel peab arvestama.

Depressiooni vastaspooluseks on **mania**, millega kaasneb meeleolu kõrgenemine sõltumata isiku olukorrast. See võib varieeruda muretust heatujulisusest kontrollimatu erutuseni (rahatuseeni), meeleolu tõusuga kaasneb energiatulv, mis viib üliaktiivsusele, kõnetungile ja vähenenud unevajadusele. Normaalsed sotsiaalsed pidurid on kadunud, tähelepanu on raske kontsentreerida ja ilmneb selgelt väljendunud tähelepanu vigiilsus. Mania korral on enesehinnang tõusnud ja spontaanselt avalduvad põhjendamatult optimistlikud suurusmõtted. Inimene võib selles seisundis tegelda ekstravagantsete ja ebapraktiliste probleemidega, raisata mõtlematult raha. Mõne maniakaalse episoodi käigus on meeleolu pigem ärritatud ja kahtlustav kui kõrgenenud. Kõrgenenud enesehinnang ja suurusmõtted võivad areneda luulumõteteks ning ärrituvus ja kahtlustamine võivad kujuneda tagakiusamisluuluks. Rasketel juhtudel võivad domineerida suurus- või religioossed luulumõtted, mõtete kiirenemine ja kõnevajadus võivad olla sellised, et väljendid ja kõne muutuvad arusaamatuks. Raske ja püsiva füüsilise aktiivsuse ja erutuse tulemuseks võib olla agressiivne või vägivaldne käitumine.

Hüpomania tähistab vahepealset seisundit, mille puhul ei esine luulumõtteid, hallutsinatsioone ega normaalse tegevuse täielikku häirumist. Hüpomania esineb sageli (kuid mitte ainult) maniakaalse seisundi kujunemise või paranemise faasis. Selle puhul esineb kerge meeleolu kõrgenemine (vähemalt mitu päeva järjest), energia ja aktiivsuse tõus ja tavaliselt ilmne heaolu ning vaimse ja füüsilise töövõime kõrgenemise tunne. Sageli esineb ka kõrgenenud seltskondlikkus, jutukus, familiaarsus, seksuaalsuse tõus ja unevajaduse vähenemine, kuid mitte sellisel määral, et see põhjustaks raskeid häireid töös või sotsiaalsetes suhetes. Mõnikord ilmneb tavalise eufoorilise seltskondlikkuse asemel ärrituvus, upsakus ja mühaklik käitumine. Kontsentratsioon ja tähelepanu, samuti püsiva töötamise või lõõgastumise võime võivad nõrgeneda, kuid see ei pruugi ära hoida huvi tekkimist täiesti uute riskantsete ettevõtmiste või tegevusalade vastu, ka võib ette tulla kergemeelset raha kulutamist.

Häiret, millele on iseloomulikud korduvad häiritud meeleolu ja aktiivsuse episoodid, mille käigus mõnel juhul ilmneb meeleolu kõrgenemine ning energia ja aktiivsuse tõus (mania või hüpomania), teistel juhtudel meeleolu alanemine ning energia ja aktiivsuse alanemine (depressioon) nimetatakse **bipolaarseks häireks**. Maniakaalsed episoodid algavad tavaliselt järsku ja kestavad kahest nädalast nelja-viie kuuni (keskmiselt umbes neli kuud). Depressioonid kestavad harilikult kauem (keskmiselt kuus kuud), kuid harva rohkem kui aasta (välja arvatud vanemas eas). Mõlemad episoodid järgnevad tihti stressiga seotud elusündmustele või teistele psüühilistele traumadele, kuid stressi olemasolu või puudumine pole määravad. Esimene episood võib avalduda igasuguses vanuses lapseast kuni raugaeani. Episoodide sagedus ning remissioonide ja uute episoodide esinemise mustrid on mitmesugused, kuid eriti pärast keskiga muutuvad remissioonid lühemaks ning depressioonid sagedamaks ja ajaliselt pikemaks. Bipolaarse häirega inimeste eluaegne suitsiidirisk on suur, hinnanguliselt 17–19% või 15–20 korda suurem kui üldrahvastikus (vt Jaanson 2009). Paranemine on episoodide vaheperioodil tavaliselt täielik ja esinemissagedus eri sugupooltel on ühtlasem kui teiste meeleolahäirete puhul.

Püsivat meeleolu kõikumist, mis hõlmab suurt arvu kergeid depressiooni- või kergeid meeleolu tõusu perioode, nimetatakse **tsüklotüümiaks**. Selline ebastabiilsus algab tavaliselt varases täiskasvanueas ja omandab kroonilise kulu, kuigi vahepeal võib meeleolu olla kuude vältel püsivalt normaalne, ilma kõikumisteta. Meeleolu kõikumised pole inimese enda hinnangu põhjal seotud elusündmustega. Kuna meeleolu kõikumised on suhteliselt tagasihoidlikud ja meeleolu tõusu perioodid on haigele meeldivad, ei sattu nad enamasti meditsiini tähelepanu alla.

Kroonilist meeleolu alanemist, mis ei vasta kerge või mõõduka korduva depressiooni kirjeldusele, nimetatakse **düstüümiaks**. Kerge depressiooni üksikute faaside ja vahepealsete suhteliselt normaalsete seisundite vahetamine võib olla väga mitmesugune. Inimestel on harilikult päevi või nädalaid kestvaid perioode, millal nad tunnevad end hästi, kuid enamuse ajast (sageli pidevalt, mitmeid kuid järjest) tunnevad nad ennast väsinuna ja deprimeerituna, iga tegevus nõuab pingutust ja ükski asi ei paku rõõmu ega

rahuldust. Nad on tusased ja kaeblikud, magavad halvasti ja tunnevad ennast halvasti, kuid tavaliselt tulevad toime igapäevaelu nõudmistega.

Inimese tööelule võivad kirjeldatud häired avaldada mõju ebastabiilse töövõime kaudu, akuutses faasis võib töötajale iseloomulik olla tavapärasest oluliselt madalam produktiivsus, ebakvaliteetsed töötulemused, sotsiaalsete konfliktide tekkimine; mania või maniakaalsete episoodide puhul mõnetine irdumine reaalsusest ja seeläbi kaasnev täielik töövõimetus. Nendegi häirete ravis on kesksel kohal medikamentoosne ravi ja psühhoteraapia (nt Jaanson 2009).

Haigekassa ravikindlustuse andmekogus sisalduvate raviarvete kohaselt on aastatel 2011–2013 ravikindlustussüsteemist mõne meeleoluhäirega seotult, mis ei olnud depressioon,⁶ abi otsinud 5471 tööealist inimest. 2013. aastal oli selliseid inimesi 2564, seejuures oli 273 sellist ravijuhtumit, kus ravijuhtumi raames väljastati inimesele töövõimetusleht, ravijuhtumi keskmiseks kestuseks oli seejuures 16,2 päeva (mediaan 14 päeva).

2014. aasta alguses oli Eestis 965 inimest, kel oli töövõimetus ekspertiisi raames tuvastatud aasta alguse seisuga kehtiv püsiv töövõimetus ning kelle ekspertiisdokumentides sisaldus märge muu meeleoluhäire kohta. 546 juhul oli meeleoluhäire, mis ei olnud depressioon, põhidiagnoosiks. Tööealisi inimesi, kel puude raskusaste oli tuvastatud seotuna põhidiagnoosist meeleoluhäirega, mis ei olnud depressioon, oli 405.

ÄREVUSHÄIRED

Ärevushäirete spekter on lai ja iga häiret iseloomustab teatud sümptomite kompleks, siiski on võimalik esile tõsta nende häirete ühisosana pidevat ja pikaajalist ärevust ja hirmu, millega kaasnevad sageli käitumuslikud (nt ärevust põhjustavate olukordade vältimine), emotsionaalsed (nt intensiivse hirmu või paanika hood, ärritatavus, madal stressitaluvus), kognitiivsed (nt muretsemine tajutud tulevikuohtude pärast, halvenenud kontsentratsioonivõime ja mälu) ja füüsilised sümptomid (nt lihaspinge, uimasus, higistamine, väsimus), mis põhjustavad märkimisväärset düstressi ja/või funktsionaalseid probleeme.

Häired varieeruvad samas olulisel määral nii raskusastme, sümptomite sageduse ja kogetavate funktsionaalsete probleemide lõikes. **Foobiate** puhul on ärevus põhjustatud ainult või peaaesjalikult kindlate (isiku suhtes väliste) situatsioonide või objektide poolt, mis tegelikult ei ole ohtlikud. Ärevus võib varieeruda ebamugavustundest kuni paanilise hirmuni. Isiku tähelepanu ja mure võib keskenduda mõnele üksikule sümptomile, nagu südamekloppimine või nõrkustunne, millele lisandub surmahirm, hirm kaotada enesekontrolli või minna hulluks. Ärevust ei vähenda ka teadmine, et teised inimesed ei pea seda situatsiooni ohtlikuks ega hirmutavaks. Ainuüksi mõte foobsesse situatsiooni sattumisest põhjustab tavaliselt ärevuse tõusu (ootusärevuse). Näiteks **agorafobia** hõlmab nii avatud ruumi kartust kui ka sellega seotud asjaolusid, nagu kartus viibida rahvamassis või olukorras, kust on raske kiiresti ja takistusteta ohutusse kohta (tavaliselt koju) pääseda. Agorafobia hõlmab suurt hulka kodust väljumisega seotud hirme, mis sageli omavahel kattuvad: rahvahulgad ja avalikud kohad või üksinda liikumine, rongi, bussi või lennukiga sõitmine. Kuigi ärevuse raskusaste ja vältimiskäitumise ulatus võivad varieeruda, on see üks kõige rohkem inimese tegevust takistavaid foobiaid ning mõned inimesed võivad muutuda täielikult kodusõltuvaks. Efektive ravita muutub agorafobia sageli krooniliseks, lainetava kuluga häireks.

Sotsiaalfoobia on seotud hirmuga sattuda väikeses grupis (vastandina rahvahulgale) teiste tähelepanu keskpunkti. Tagajärjeks on tavaliselt sotsiaalsete situatsioonide vältimine. Erinevalt paljudest teistest foobiatest esineb sotsiaalfoobia võrdsetel nii meestel kui naistel. See võib olla piiritletud (s.t. esineb ainult söömisel avalikus kohas, avalikul esinemisel või suhetes vastassoost inimestega) või difuusne, peaaegu kõiki

⁶ Diagnoosikoodid F30-F31 ja F34-F39, kuid ka F06.3, F06.30, F06.31, F06.33.

perekonnaväliseid sotsiaalseid situatsioone hõlmav kartus. Sotsiaalfoobiad on tavaliselt seotud madala enesehinnanguga ja kriitikakartusega. Ärevuse sümptomid võivad areneda paanikahooks. Sotsiaalsete olukordade vältimine võib äärmuslikul kujul viia täieliku sotsiaalse isoleerumiseni. **Lihtfoobia** piirdub väga spetsiifiliste situatsioonidega, nagu teatavad loomad, kõrgus, piksemürin, pimedus, lendamine, suletud ruum, urineerimine avalikus käimlas, mõnede toitude söömine, hambaarst, vigastuse või vere nägemine või kokkupuude teatavate haigustega. Kuigi siin on tegemist väga piiritletud situatsioonidega, võivad nad vallandada paanikahoo, nagu agorafobia või sotsiaalfoobia korral.

Paanikahäire põhiliseks iseärasuseks on korduvad rasked ärevushood e. paanikahood, mis ei ole seotud kindla situatsiooni või muude välistingimustega ning seetõttu on inimesele ootamatud ja prognoosimatud. Nii nagu teistegi ärevusseisundite korral võivad domineerivad sümptomid varieeruda, tavalised on ootamatu algusega südameklõppimine, valu rindkeres, lämbumistunne, nõrkus- ja ebareaalsustunne (depersonalisatsioon või derealisatsioon). Iseloomulikud on surmahirm, hirm kaotada enesekontroll või hulluks minna. Hood kestavad tavaliselt minuteid, vahel ka kauem; nii hoogude sagedus kui ka häire kulgu varieeruvad. Paanikahoo ajal tugevnevad hirm ja vegetatiivsed sümptomid sedavõrd, et inimene katkestab käimasoleva tegevuse ja lahkub situatsioonist sageli kiirustades või põgeneses, sõltumata sellest, kus ta parasjagu viib. Kui hoog tekib spetsiifilises situatsioonis, nagu bussis või rahvahulgas, võib inimene hakata hiljem seda situatsiooni vältima. Sagedased ja ettearvamatud paanikahood põhjustavad hirmu üksinda jäämise või avalikesse kohtadesse mineku ees. Paanikahoogudele lisandub sageli püsiv hirm paanikahoogude kordumise ees.

Üldistunud ärevuse korral on peamiseks jooneks on püsiv ärevus, mis ei ole seotud kindlate keskkonnamingimustega või ei ole see tendents tugevalt väljendunud (s.t. see on vabalt lainetav ärevus). Sagedasteks kaebusteks on püsiv närvilisus, värisemine, lihaspinge, higistamine, peapööritus, südameklõppimine, nõrkustunne. Kartus, et inimene ise või tema sugulased võiksid haigestuda või juhtub mingi õnnetus, on sageli väljendunud koos teiste murede ja halbade eelaimustega. Häire on tavaliselt seotud kroonilise keskkonnastressiga.

Kuigi kõik ülalkirjeldatud ärevushäired võivad sekkumiseta kujuneda kroonilisteks, ei ole sümptomite raskusaste ja seotud funktsionaalne häiritus staatilised; nad kipuvad aja jooksul ja sõltuvalt kontekstist kõikuma (nt nõrgenedes ja siis taas süvenedes) ning sõltuvad sageli situatsioonilistest faktoritest (Yonkers *et al.* 2003). Ärevushäirete ravis kasutatakse medikamente ja psühholoogilisi sekkumisi, tõhusaimaks psühhoterapiaks peetakse kognitiiv-käitumisteraapiat (Ravijuhendite nõukoda 2014).

Teaduskirjanduses on demonstreeritud, et ärevushäired võivad põhjustada alahõivatust (nt töötatakse täiskoha asemel poole kohaga), väheintensiivseid tööotsinguid, harvemat edutamist ning piiratumaid ametivalikuid (Waghorn *et al.* 2005; Waghorn and Chant 2005). Nagu eelpool öeldud, võivad mitmed ärevushäire vormid avaldada negatiivset mõju tööelule juba seeläbi, et inimene ei pruugi jõuda ärevuse tõttu kodust tööle. Töötamise korral võivad vajalikud olla ärevust põhjustavate riskitegurite maandamine ja tööülesannete kohandamine, töötamist soodustavad tööülesannete stabiilsus, ennustatavus, stressorite maandatus, tugiisik töökohal ning paindlikkus tööülesannete täitmisel, et aidata leevendada võimalikest tagasilöökidest tulenevat mõju.

Kessleri jt (2005) järgi on ärevushäired kõige sagedasem vaimse tervise häirete grupp, mille all kannatab 18% täiskasvanud elanikkonnast. Epidemioloogiliste uurimuste ülevaateraporti kohaselt on EL-s aastane haigestumus ärevushäiretesse 14% populatsioonist (Wittchen *et al.* 2011). Teisalt esineb enam kui pooltel inimestest, kel on diagnoositud ärevushäire, ka mõni muu psüühika- ja käitumishäire, kõige sagedamini mõni teine ärevushäire, depressioon või sõltuvushäire (van Balkom *et al.* 2008).

Haigekassa ravikindlustuse andmekogus sisalduvate raviarvete kohaselt on aastatel 2011–2013 ravi-kindlustussüsteemist abi otsinud 42 933 tööealist inimest, kelle raviarveile on põhi või kõrvaldiagnoosina

märgitud diagnoosikoodid F40-F41 (või F06.4). 2013. aastal oli selliseid inimesi 20 930, seejuures oli 1197 sellist ravijuhtumit, kus ravijuhtumi raames väljastati inimesele töövõimetusleht, ravijuhtumi keskmiseks kestuseks oli seejuures 20 päeva (mediaan 14 päeva), pikim ravijuhtum kestis 278 päeva.

2014. aastal oli Eestis 3307 inimest, kel oli töövõimetuslehe ekspertiisi raames tuvastatud aasta alguse seisuga kehtiv püsiv töövõimetus ning kelle ekspertiisdokumentides sisaldus märged ärevushäire diagnoosile, neist vaid 1381 inimese puhul oli ärevushäire põhidiagnoos (vt Tabel 2). Tööealisi inimesi, kelle puude raskusaste tuvastamisel oli põhidiagnoosiks ärevushäire, oli 950.

TABEL 2. ÄREVUSHÄIRED TUVASTATUD TÖÖVÕIMEKAOGA INIMESTE SEAS SOO JA PÕHIDIAGNOOSI JÄRGI, 2014

Põhidiagnoos	N	M	Kokku
Ärevushäired	1036	345	1381
Depressioon	253	50	303
Lihaskonna ja sidekoehaigused	227	74	301
Isiksus- ja käitumishäired ning –sündroomid	155	126	281
Vereringeelundite haigused	163	89	252
Muud ülal nimetatud vaimse tervise häired	174	115	289
Muud ülal nimetatud kehalised haigused	326	174	500
Kokku	2334	973	3307

Märkus: Tööealised (vanuses 16-62) inimesed, kel oli 2014. aasta seisuga tuvastatud püsiv töövõimetus määras 10-100% ning kelle ekspertiisi dokumentides sisaldasid diagnoosid F40-F41 ja F06.4.

Allikas: SKA, autorite arvutused

MUUD NEUROOTILISED, STRESSIGA SEOTUD JA SOMATOFORMSED HÄIRED

Häiregrupis *neurootilised, stressiga seotud ja somatiformsed häired* on ärevushäire kõrval esindatud veel hulk eripalgelisi häireid. **Obsessiiv-kompulsiivset häiret** iseloomustavad korduvad obsessiivsed ehk sundmõtted või kompulsiivsed ehk sundteod. Obsessiivsed ehk sundnähud on ideed, kujutlused või impulsid, mis tungivad stereotüüpsel viisil inimese teadvusse. Sisaldades vahel vägivalda või olles nilbed, mõttetud või rumalad, mõjuvad nad häirivalt, mistõttu püüab isik neid maha suruda – sageli edutult. Samas kogetakse neid kui oma mõtteid, ehkki need on tahtmatud ja sageli vastumeelsed. Kompulsiivne tegu või rituaal on pidevalt korduv stereotüüpne käitumine. See ei ole loomupäraselt nauditav ega eesmärgilt kasulik tegevus. Inimene peab seda kaitseabinõuks mõne tegelikult ebatõenäolise sündmuse vastu, mis võiks olla talle ohtlik või tema enda esile kutsutud. Tavaliselt, kuigi mitte alati, mõistetakse sellise käitumise mõttetust või tulutust ning tehakse korduvaid püüdlusi seda maha suruda; väga kaua kestnud juhtudel on vastupanu tavaliselt minimaalne. Sageli esinevad ärevuse sümptomid, tavaline on ka ebameeldiv pingetunne. Obsessiiv-kompulsiivse häirega inimestel on sageli ka depressiooni sümptomeid ning korduva depressiooniga inimestel võib ilmnedä obsessiivseid mõtteid depressiooniepisoodide ajal. Mõlemal juhul muutuvad depressiooni sümptomite tugevnemise või nõrgenemise korral tavaliselt paralleelselt ka obsessiivsed sümptomid. Kulg on varieeruv ja depressiooni sümptomite puudumisel enamasti krooniline.

Ebatavaliselt stressirikas elusündmus võib inimesel põhjustada **ägeda stressreaktsiooni**. Oluline muutus elus, mis tekitab püsiva ebameeldiva olukorra võib lõppeda **kohanemishäirega**. Kuigi psühhosotsiaalne stressor (elusündmus) võib vallandada või soodustada paljude peatükis kirjeldatud häirete teket, ei ole nende sündmuste põhjuslik tähendus alati selge ja sündmused ei ole ilmtingimata vajalikud ega piisavad häire ja selle erinevate avaldumisvormide seletamiseks. Vastandina mitmetele eelpool ja hiljemgi kirjeldatud häiretele on äge stressreaktsioon ja kohanemishäire alati ägeda raske stressi või püsiva psühhotrauma

otseseks tagajärjeks. Sellesse häireseksiooni kuuluv kolmas seisund, **posttraumaatiline stresshäire**, on hilenud ja/või protraheeritud reaktsioon erakordselt hirmutavale või katastroofilisele stressoorsele sündmusele või situatsioonile (nii lühiajalisele kui ka kestvale), mis põhjustab märgatava düstressi enamikul inimestel (näiteks loodusõnnetus või muu katastroof, sõda, raske õnnetus, surma pealtnägmine, vägivaldlikuriteo ohvriks olemine jmt).

Nimetatud häired on seega vaadeldavad kui väärkohanemisreaktsioonid tugevale või kestvale stressile, mis kahjustavad isiku kohanemismehhanisme ja põhjustavad seeläbi probleeme sotsiaalses tegevuses. Äge stressreaktsioon on olulise raskusastmega mööduv häire, mis areneb isikul ilma ühegi muu eelneva märgatava psüühikahäireta vastusena erakordselt tugevale füüsilisele ja/või psüühilisele stressile ja mis tavaliselt vaibub tundide või päevade vältel. Kohanemishäire on seevastu emotsionaalsete häiretega kulgev subjektiivne düstressiseisund, mis kahjustab tavaliselt isiku sotsiaalset tegevust ja suutlikkust ning tekib inimese elus olulise muutusega (nt uue töö- või elukeskkonnaga) kohanemise perioodil või stressoorse elusündmuse tagajärjel (nt raske kehaline haigus või selle võimalikkus). Posttraumaatilise stresshäire kulg on lainetav, kuid paranemine on enamusel juhtudest ootuspärane. Väikesel osal inimestest võib häire võtta kroonilise kulu, kesta aastaid ja lõppeda püsiva isiksuse muutusega.

Neurootiliste, stressiga seotud ja somatoformsete häirete gruppi on hõlmatud veel ka mitmed dissotsiativsed (konversiooni-) häired, psühholoogilise põhjusega somaatilised sümptomid ja neurasteenia, kuid esimesena mainitute tagasihoidliku mõjuga tööelule ja viimase harvaesinemise tõttu nende sümptomaatikat siinkohal täpsemalt ei avata.

Haigekassa ravikindlustuse andmekogus sisalduvate raviarvete kohaselt on aastatel 2011–2013 ravikindlustussüsteemist abi otsinud 56 355 tööealist inimest, kelle raviarveil sisaldus põhi- või kõrvaldiagnoosina mõni neurootiliste, stressiga seotud ja somatoformsete häirete gruppi kuuluv häire, mis ei olnud ärevushäire. 2013. aastal pöördus ravisüsteemi poole selliseid inimesi 22 396, seejuures oli 1160 sellist ravijuhtumit, kus ravijuhtumi raames väljastati inimesele töövõimetusleht, selliste ravijuhtumite keskmiseks kestuseks oli seejuures 16 päeva (mediaan 11 päeva), pikim ravijuhtum kestis 224 päeva.

TABEL 3. NEUROOTILISED, STRESSIGA SEOTUD JA SOMATOFORMSED HÄIRED (V.A ÄREVUSHÄIRED) TUVASTATUD TÖÖVÕIMEKAOGA INIMESTE SEAS SOO JA PÕHIDIAGNOOSI JÄRGI, 2014

Põhidiagnoos	N	M	Kokku
Neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed häired (v.a ärevushäired)	465	214	679
Lihaskonna ja sidekoehaigused	229	70	299
Isiksus- ja käitumishäired ning -sündroomid	111	97	208
Depressioon	160	46	206
Vereringeelundite haigused	128	60	188
Kerge vaimne alaareng	108	77	185
Muud ülal nimetatamata vaimse tervise häired	160	85	245
Muud ülal nimetatamata kehalised haigused	288	154	442
Kokku	1649	803	2452

Märkus: Tööealised (vanuses 16-62) inimesed, kel oli 2014. aasta seisuga tuvastatud püsiv töövõimetus määras 10-100% ning kelle ekspertiisi dokumentides sisaldasid diagnoosid F42-F43 ja F45-F48.

Allikas: SKA, autorite arvutused

2014. aasta alguses oli Eestis 2452 inimest, kel oli töövõimetus ekspertiisi raames tuvastatud aasta alguse seisuga kehtiv püsiv töövõimetus ning kelle ekspertiisdokumentides sisaldus märge mõne neurootiliste, stressiga seotud ja somatoformsete häirete gruppi kuuluva häire kohta, mis ei olnud ärevushäire, neist vaid 679 inimese puhul oli see häire põhidiagnoosiks (vt Tabel 3). Tööealisi inimesi, kelle puude raskusaste tuvastamisel oli põhidiagnoosiks nimetatud häiregrupp, oli 450.

KERGE VAIMNE ALAARENG

Vaimne alaareng (ka *intellektipuue* või *vaimupuue*) on mõistuse peetunud või puudulik areng, millega kaasneb kõikide intelligentsuse tasandite – tunnetuse, kõne, mootorika ja sotsiaalse suhtlemise keskmisest oluliselt madalam tase. Vaimse alaarenguga inimestel on nõrgenenud sotsiaalse adaptatsiooni võime, ent kerge vaimse alaarenguga isikuil ei pruugi see soodsas toetavas sotsiaalses miljöös olla silmatorkav. Vaimse alaarenguga võib kaasneda ka mõni muu vaimne või füüsiline häire, muid vaimseid häireid täheldatakse vaimse alaarenguga isikuil 3-4 korda sagedamini kui üldpopulatsioonis. Lisaks on neil suurem risk saada kuritarvitatud.

Kerge vaimse alaarenguga inimeste IQ jääb vahemikku 50-69. Enamik neist on võimelised kasutama kõnet igapäevaelus ja osalema vestluses, samuti saavutab enamus neist täieliku sõltumatuse eneseteenindamisel ning praktiliste ja koduste toimingute teostamisel. Siiski on nende oskuste kujunemise tempo tüüpiliselt aeglasem normist, põhilised raskused ilmnevad tavaliselt koolihariduse omandamisel, probleemid on eriti lugemise ja kirjutamisega. Keeleliste väljendite kasutamise ja neist arusaamise hilisem areng, samuti ekspressiivse kõnega seotud probleemid võivad takistada iseseisvuse arengut ja võivad püsida ka täiskasvanueas. Kerge vaimse alaarenguga isikute tõhusal abistamisel õppimises võib täheldada nende võimete tunduvat arengut ja puudulikkuse kompenseerumist. Kergel määral esinev alaareng ei kujuta endast probleemi sotsiokultuurilises kontekstis lihtsate abstraktsioonide tegemisel. Märkatava emotsionaalse ja sotsiaalse ebaküpsuse korral ei pruugi nad toime tulla nõudmistega, mida esitab abielu või laste kasvatamine. Siiski on kergest vaimsest alaarengust tulenevad käitumuslikud, emotsionaalsed ja sotsiaalsed raskused, samuti vajadus ravi ja toetuse järele lähedasemad normaalse intelligentsusega inimeste omadele kui mõõduka või raske vaimse alaarenguga isikute probleemidele. Seetõttu ongi autorid liigitanud kerge vaimse alaarengu käesolevas töös tinglikult tavaliste vaimse tervise häirete sekka ning mõõdukat ja rasket alaarengut käsitletakse raskete psüühika- ja käitumishäirete all.

Enamik kerge vaimse alaarenguga inimestest, kel pole muid olulisi piiranguid põhjustavaid tervisekahjustusi, on potentsiaalselt võimelised praktiliseks tööks – RHK-10-s märgitakse eksplitsiitselt poolkvalifitseeritud või kvalifikatsioonita käsitsitööd. Adekvaatse tööalase treeningu toel on võimalik kaasata vaimse alaarenguga inimesi tööellu ka avatud tööturul. Mõnedel juhtudel on eelnevalt vajalik tööalane treening ja ajutine töötamine kaitstud töökohal, mis pakuvad kontrollitud keskkonda, kus treenitakse tööalaseid hoiakuid ja käitumisi nagu tööülesannete lõpuleviimine, korra hoidmine, ajaline täpsus, koostöö ja instruksioonide järgimine. Kaitstud töökohad on alternatiiv neile inimestele, kel avatud tööturul tegutsemine võib käia üle jõu.

Üldiselt on ootuspärane, et kerge vaimse alaarenguga inimene on suuteline kohanduma töösituatsioonidele ja täitma ka suhteliselt keerukaid tööülesandeid. Teisalt ei pruugi vaimse alaarengu määr olla sobiv lähtekoht hindamiseks inimese tööhõivevõimet või sobivate tööülesannete spektrit. Motivatsiooniliste tegurite (huvi, tähelepanu, soovi olla edukas) olemasolu võib oluliselt mõjutada tööalast tulemuslikkust. Seega on vaimse alaarenguga inimestele tööalasel rakendamisel oluline arvestada intellektuaalse võimekuse kõrval ka isiksuseomadusi. (Association for Retarded Citizens National Research and Demonstration Institute 1980)

Haigekassa ravikindlustuse andmekogus sisalduvate raviarvete andmete kohaselt on aastatel 2011–2013 ravikindlustussüsteemist abi otsinud 4980 tööealist inimest, kelle raviarveil sisaldus märge kerge vaimse

alaarengu kohta. 2014. aasta alguses oli Eestis 4428 inimest (neist 57% mehed ja 43% naised), kel oli töövõimetuse ekspertiisi raames tuvastatud aasta alguse seisuga kehtiv püsiv töövõimetus ning kelle ekspertiisidokumentides sisaldus märge kerge vaimse alaarengu kohta. 80% isikute puhul oli kerge vaimne alaareng töövõimetuse põhidiagnoos, 4% juhtudest skisofreenia kõrvaldiagnoos, 3,5% juhtudest isiksus- ja käitumishäire kõrvaldiagnoos ja 3,3% juhtudest närvisüsteemihaiguse kõrvaldiagnoos. Tööealisi inimesi, kelle puude raskusaste tuvastamisel oli põhidiagnoosiks kerge vaimne alaareng, oli 3337.

2.1.2. Rasked psüühika- ja käitumishäired

Raskete psüühika- ja käitumishäirete hulka liigituvad häired, mille sümptomid ja vaegused on piisavalt tõsised ja/või piisavalt pika kestusega, et mõjutada oluliselt isiku funktsioneerimisvõimet ja kohanemisvõimet igapäevaelu olulisemates valdkondades (Kelly 2002). Raskete vaimse tervise häirete korral ei ole tervistumine ega inimese osalemine ühiskonnaelus võrdsel alustel teistega ilma professionaalse sekkumiseta või oluliste kohandusteta igapäevakeskkonnas kuigi tõenäoline.

SKISOFREENIA

RHK-10 järgi on skisofreensetele häiretele iseloomulikud mõtlemise ja tajumise sügavad häired ning tuimenenud või ebaadekvaatne tundeelu. Häire algus võib olla äge, sügavalt häiritud käitumisega või aeglane, veidrate ideede ja käitumishäirete järkjärgulise kujunemisega. Tavaliselt on inimesel säilinud teadvuse selgus ja intellektuaalsed võimed, kuigi aja jooksul võib kujuneda teatav kognitiivne defitsiit. Häiritud on kõige põhilisemad funktsioonid, mis annavad normaalsele inimesele tema individuaalsuse, ainukordsuse ja suveräänsuse tunnetuse. Intiimsemadki mõtted, tunded ja teod tunduvad olevat teiste teada või neile avatud. Võib kujuneda seletusluul, et isiku mõtteid ja tegusid mõjustavad loomulikud või üleloomulikud jõud, tehes seda sageli väga veidral viisil.

Häire all kannatajad võivad end pidada kõige toimuva keskpunktiks. Hallutsinatsioonid, eriti akustilised võivad kommenteerida isiku käitumist või mõtteid. Tajumine on sageli mitmeti häiritud: värvused või helid võivad tunduda teravana või kvaliteedilt muutununa, tavaliste sündmuste või esemete ebaolulised tunnused võivad omandada suurema tähenduse kui kogu objekt või olukord. Varakult tekib nõutus, mis viib sageli veendumusele, et igapäevased olukorrad on eranditult isikule suunatud erilise, sageli pahaendelise tähendusega.

Skisofreeniale omase mõttekäiguhäire puhul tulevad esile asjade kõrvalised ja teisejärgulised tunnused, mis on normaalse sihipärase vaimse tegevuse käigus pidurdatud, ja neid kasutatakse situatsiooni aspektist põhiliste ja oluliste tunnuste asemel. Nii muutub mõtlemine ebamääraseks, veidraks ja segaseks ning selle sõnaline väljendus tihti arusaamatuks. Mõttekäigus on sagedased tõkestused ja seosetus ning võib tunduda, et mõtted võtab ära mingi väline jõud. Meeleolu on iseloomulikult lame, kõikuv või ebaadekvaatne. Tahteelu häired võivad avalduda ambivalentsi, inertsuse, negativismi või stuuporina; võib esineda ka katatoonia. Häire kulg võib olla erinev ja pole sugugi paratamatult krooniline või pidevalt halvenev, mõnikord on tulemuseks täielik või peaaegu täielik tervenemine. Skisofreenia ravis kasutatakse peaaesjalikult medikamentooset ravi, mõningaid positiivseid tulemusi on saadud ka kognitiiv-käitumusliku teraapiaga (Morrison 2009).

Skisofreeniliste (sh psühhootiliste jt skisofreenia spketrumi) häirete all kannatavatel inimestel võib olla olulisi raskusi hõivesse sisenemisel ja püsimisel ning tööülesannete täitmisel, nende hõivemäärad on enamikes riikides madalamad kui näiteks raske füüsilise puudega inimestel (Kilian and Becker 2007). Marwaha ja Johnsoni (2004) kohaselt on näiteks Ühendkuningriigis skisofreenia all kannatajate töötuse määr 70–80%, samas kui teistes EL riikides jääb häire all kannatajate töötuse määr 80% ja 90% vahele. Skisofreenia diagnoos ja sümptomid ennustavad kehvemaid töötulemusi, halvemat rolliga toimetulemist

ning kahandavad hõivesse naasmise/siirdumise tõenäosust (Wewiorski and Fabian 2004). Administratiivse süsteemi nn hinnangut skisofreenia diagnoosiga inimeste töövõimele aitab peegeldada Tabel 4: enamikul skisofreenia diagnoosiga inimestest on tuvastatud töövõime kaoks vähemalt 80 %.

TABEL 4. SKISOFREENIA ESINEMINE TUVASTATUD TÖÖVÕIMEKAOGA INIMESE SEAS SOO JA TUVASTATUD TÖÖVÕIMEKAO MÄÄRA JÄRGI, 2014

Töövõimekao määr	10	30	40	50	60	70	80	90	100	Kokku
N					12	22	1264	286	345	1929
M	1	1	1	1	11	19	1324	361	509	2228
Kokku	1	1	1	1	23	41	2588	647	854	4157

Märkus: Tööealised (vanuses 16-62) inimesed, kel oli 2014. aasta seisuga tuvastatud püsiv töövõimetus määras 10-100% ning kelle ekspertiisi dokumentides sisaldusid diagnoos F20

Allikas: SKA, autorite arvutused

Oletatakse, et skisofreenia diagnoosiga inimeste tööelu mõjutab osalt see, et neil võib olla probleeme emotsioonide äratundmise, töötlemise, reguleerimise ja väljendamisega (Hodel *et al.* 1998; Taylor and Liberzon 1999). Just emotsioonide juhtimine ja probleemid inimestega suhtlemisel võivad olla peamiseks põhjuseks, miks vaimse tervise häiretega inimesed langevad hõivest välja (Becker *et al.* 1998). Teisalt on Priebe jt (1998) demonstreerinud skisofreenia ja skisoafektiivse häire all kannatavate inimeste tööelu uurides, et hõives olijail olid lisaks paremale rahalisele olukorrale kõrgem üldine ja psühholoogiline heaolu. Nad järeldasid, et töö pakub rollidentiteedi, soosib sotsiaalset suhtlust ning annab ajalise raamistiku, mis on seotud parema elukvaliteedi ja häirest tervistumisega.

Skisofreenia levimuseks hinnatakse 1% elanikkonnast. Haigekassa ravikindlustuse andmekogus sisalduvate raviarvete kohaselt on aastatel 2011–2013 käinud ravikindlustussüsteemist läbi 6120 tööealist inimest (0,7% tööealisest elanikkonnast), kelle raviarveil sisaldus põhi- või kõrvaldiagnoosina märge skisofreenia kohta. 2013. aastal külastas ravisüsteemi 4933 sellist inimest. 2014. aasta alguses oli Eestis 4157 inimest, kel oli töövõimetus ekspertiisi raames tuvastatud aasta alguse seisuga kehtiv püsiv töövõimetus ning kelle ekspertiisidokumentides sisaldus märge skisofreenia kohta, neist 97,3% juhtudest oli häire ka põhidiagnoos. Tööealisi inimesi, kelle puude raskusaste tuvastamisel oli põhidiagnoos skisofreenia, oli 4204 inimest.

TEISED SKISOTÜÜPSED JA LUULULISED HÄIRED

Skisofreenia kõrval on mitmeid teisi samalaadseid häireid nagu skisotüüpne häire, luululised häired, skisoafektiivne häire; spektrisse kuuluvad ka ühekordsed psühhootilised episoodid. **Skisotüüpsel häirel** on palju skisofreeniale iseloomulikke jooni ja ta on tõenäoselt viimasega geneetiliselt seotud, kuid tema puhul ei ole hallutsinatsioonid, luulumõtteid ega skisofreeniale omaseid käitumishäireid. Küll ilmneb veider käitumine ning mõtlemise ja tundeelu häired, kuid kindlaid ja tüüpilisi skisofreeniseid häireid pole esinenud ühelgi haiguse etapil. Juhtivat või tüüpilist sümptomit ei ole, kuid avalduda võivad kõik järgmised häired: (a) kohatud või vähesed emotsioonid (inimene näib külm ja äraolev); (b) veider, ebaharilik või pentsik käitumine ja välimus; (c) vähene kontakt teiste inimestega ja sotsiaalse eraldumise tendents; (d) veidrad veendumused või maagiline mõtlemine, mis mõjutavad käitumist ega vasta subkultuuri normidele; (e) kahtlustamine või paranoilised mõtted; (f) sundmõtted ilma sisemise vastupanuta, sageli düsmorfofoobilised, seksuaalse või agressiivse sisuga; (g) ebatavalised tajuelamused, sealhulgas somatosensoorsed või muud illusioonid ja depersonalisatsiooni- või derealisatsioonielamused; (h) ebamäärane, kaudne, metafoorne, keerukas või stereotüüpne mõtlemine, mis ilmneb veidras kõnes või mõnel muul moel; seosetus ei ole väga suur; (i)

juhuslikud mööduvad poolpsühhootilised episoodid intensiivsete illusioonide, akustiliste või teiste hallutsinatsioonide ja luulutaoliste mõtetega, mis tekivad tavaliselt ilma välise põhjusega.

Skisotüüpne häire on kroonilise kulu ja muutliku intensiivsusega ja areneb harva kindlalt diagnoositavaks skisofreeniaks. Pole kindlat algusaega ning areng ja kulg on tavaliselt sarnased isiksushäire omadega. Diagnoosi ei soovitata üldiselt kasutada, kuna ta ei ole selgesti piiritletud ühelt poolt lihtsast skisofreeniast ja teiselt poolt skisoidsest või paranoilisest isiksushäirest. Diagnoosiks peaks kolm või neli ülaltoodud tüüpilist tunnust olema avaldunud vähemalt kaks aastat kas pidevalt või episoodiliselt.

Seevastu enamus **luululistest häiretest** pole arvatavasti seotud skisofreeniaga, kuigi nad on kliiniliselt raskesti eritletavad, eriti algetapis. Luululised häired on heterogeensed ja raskesti määratletavad, neid võib jaotada kulu alusel: püsivate luululiste seisundite rühma ja ägedate ja mööduvate psühhootiliste seisundite arvukamasse rühma. **Luululise (paranoitse) häire** korral kujuneb üksik luulumõte või omavahel seotud luulumõtete kompleks, mis tavaliselt on püsiv, vahel kogu eluaja. Luulumõtete sisu on väga mitmekesine. Sageli ilmnevad tagakiusamis-, hüpohondrilised või suurusluulu mõtted. Inimesel võib esineda ka protsessimis- või kiivusluul või veendumus, et tema keha on moondunud, et ta teiste inimeste arvates haiseb või on homoseksuaalne. Muid psühhopaatoloogilisi häireid üldjuhul ei ole, kuid periooditi võivad avalduda depressiivsed sümptomid ning mõnel juhul taktiilsed ja haistmishallutsinatsioonid. Välistatud ei ole juhuslikud või mööduvad kuulmishallutsinatsioonid (eriti vanemas eas). Häire algus on tavaliselt keskeas, kuid vahel, eriti juhtudel, kui inimene on veendunud oma keha moondumuses, võib haigus alata varases täiskasvanueas. Luulumõtete sisu ja esilekerkimise aeg võivad sageli seostuda inimese elusituatsiooniga, nt tagakiusamislul vähemusgrupi liikmeil. Peale otseselt luulu või luulusüsteemiga seotud tegude ja suhtumiste on emotsioonid, kõne ja käitumine muus osas normaalsed.

Skisoafektiivse häire korral on nii afektiivsed kui ka skisofreensed sümptomid juhtivad haiguse sama episoodi vältel kas üheaegselt või mõnepäevase vahega ning haiguseepisoodi ei saa diagnoosida skisofreeniana, depressiivse ega maniakaalse episoodina. Kui ühe ja sama haiguseepisoodi ajal on selgelt väljendunud nii skisofreensed kui maniakaalsed sümptomid, võib tegu olla maniakaalse skisoafektiivse häirega. Sel juhul on meeleolu ebanormaalselt tõusnud, kaasnevad kõrgeenenud enesehinnang ja suurusmõtted, vahel võib aga esiplaanil olla kõrgeenenud erutus või ärrituvus ning sellega kaasnevad agressiivne käitumine ja tagakiusamismõtted. Mõlemal juhul esineb energiatõus, kõrgeenenud aktiivsus, normaalsete sotsiaalsete pidurite kadumine ja kontsentratsioonivõime alanemine. Esineda võivad suhtumis-, suurus- või tagakiusamislul. Inimene võib näiteks kinnitada, et tema mõtted levivad või neid segatakse, võõrad jõud püüavad teda mõjutada või et ta kuuleb mitmesuguseid hääli või avaldab veidraid luulumõtteid, mis ei ole üksnes suurus- ega tagakiusamismõtted. Maniakaalset tüüpi skisoafektiivne häire on tavaliselt kirka kliinilise pildiga ägeda algusega psühhosis; kuigi käitumine on sageli tugevasti häiritud, saabub täielik paranemine tavaliselt mõne nädala jooksul. Depressiivse skisoafektiivse häire puhul on haiguse sama episoodi käigus avalduvad juhtivatena nii skisofreeniale kui ka depressioonile iseloomulikud sümptomid. Tavaliselt kaasneb depressiivse meeleoluga mitu iseloomulikku sümptomit või käitumishäiret, nagu pidurdatus, unehäired, energia, isu ja kehakaalu langus, normaalsete huvide vähenemine, keskendumisvõime alanemine, süütunne, lootusetustunne, suitsiidimõtted. Samal ajal või sama episoodi vältel esineb ka skisofreeniale tüüpilisi sümptomeid. Inimene võib olla veendunud, et teda jälgitakse või tema vastu organiseeritakse salasepitsusi, ilma et seda oleks põhjustanud tema käitumine, või ta kuuleb hääli, mis pole üksnes laimavad või hukkamõistvad, vaid räägivad tema tapmisest või arutavad omavahel tema käitumist. Depressiivset tüüpi skisoafektiivsed episoodid on tavaliselt vähem ägedad ja teisi vähem häirivad kui skisoafektiivsete seisundite maniakaalne vorm, kuid nad kalduvad kestma kauem ja prognoos on negatiivsem. Kuigi enamik inimestest paraneb täielikult, kujuneb mõnel siiski välja skisofreenne defekt. Need, kelle sümptomid on rohkem

maniakaalsed kui depressiivsed, paranevad tavaliselt täielikult ja neil kujuneb üksnes harva defektseisund. Esmaseks ravisekkumiseks on nendegi häirete puhul ravimid.

Haigekassa ravikindlustuse andmekogus sisalduvate raviarvete kohaselt on aastatel 2011–2013 ravikindlustussüsteemist abi otsinud 4615 tööelist inimest, kelle raviarveil sisaldus põhi- või kõrvaldiagnoosina mõni skisotüüpne või luululine häire. 2013. aastal pöördus ravisüsteemi poole selliseid inimesi 3237, seejuures oli 725 sellist ravijuhtumit, mille raames väljastati inimesele töövõimetusleht; selliste ravijuhtumite keskmiseks kestuseks oli 10 päeva.

2014. aasta alguses oli Eestis 2130 inimest, kel oli töövõimetus ekspertiisi raames tuvastatud aasta alguse seisuga kehtiv püsiv töövõimetus ning kelle ekspertiisdokumentides sisaldus märge mõne skisotüüpse või luululise häire kohta, neist 90,8% juhtudest oli see häire ka põhidiagnoosiks. Tööelisi inimesi, kelle puude raskuste tuvastamisel oli põhidiagnoosiks nimetatud häiregrupp, oli 1742. Administratiivse süsteemi nn hinnangut skisotüüpse või luululise häirega inimeste töövõimele aitab peegeldada Tabel 5: tüüpilisimaks tuvastatud töövõime kao määraks on 80 %, vaid 5,5% inimestest on sellest määrast väiksem töövõimekao määr, 15% selle häirega inimestest on töövõimekao määraks tuvastatud 90 või 100%.

TABEL 5. SKISOTÜÜPSED JA LUULULISED HÄIRED TÖÖVÕIMEKAOGA INIMESTE SEAS SOO JA TUVASTATUD TÖÖVÕIMEKAO MÄÄRA JÄRGI, 2014

Töövõimekao määr	20	40	50	60	70	80	90	100	Kokku
N	1	2	2	22	41	966	98	63	1195
M		4	1	14	30	721	75	90	935
Kokku	1	6	3	36	71	1687	173	153	2130

Märkus: Tööelised (vanuses 16-62) inimesed, kel oli 2014. aasta seisuga tuvastatud püsiv töövõimetus määras 10-100% ning kelle ekspertiisi dokumentides sisaldasid diagnoos F21-F29 ja F06.2.

Allikas: SKA, autorite arvutused

ISIKSUSEHÄIRED

Täiskasvanu isiksusehäired on võrdlemisi heterogeenne häirete grupp, mida saab samuti lugeda pigem raskete vaimse tervise probleemide alla (Corbière, Negrini, and Dewa 2013). Isiksuseomadused on mõtlemise, taju, reageerimise ja suhtlemise mustrid, mis on ajas võrdlemisi püsivad. Isiksusehäirest saab rääkida olukorras, kus isiksuseomadused on nõnda tugevasti esile tungivad, jäigad ja ebakohased, et nad takistavad interpersonaalset funktsioneerimist ja tööelu. Konkreetsetes kultuuriruumis ebakohased käitumisjooned võivad põhjustada tõsist düstressi nii isiksusehäire all kannatajale, kui ka nendega vahetult kokku puutuvate inimestega. (The Merck Manuals Online Medical Library 2014)

RHK-10 kohaselt on spetsiifilise isiksusehäire diagnoosimisel võimalik esile tõsta järgmised kriteeriumid:

- märkimisväärselt disharmoonilised hoiakud ja käitumine, mis tavaliselt hõlmab mitut valdkonda, nt emotsioone, erutuvust, impulsikontrolli, mõtlemis- ja tajumisviisi ning teistega suhtlemise stiili;
- ebanormaalne käitumisviis on püsiv ja pikaajaline ega piirdu ainult psüühikahäire episoodidega;
- ebanormaalne käitumisviis on laialdane, avaldub paljudes erinevates isiklikes ja sotsiaalsetes olukordades ning takistab nendega toimetulekut;
- ülaltoodud nähud ilmuvad alati lapse- või noorukieas ja püsivad täiskasvanuna;
- häire tekitab olulisi isiklike kannatusi, mis võivad ilmsiks tulla alles hilisemas arengujärgus;

(f) häire on tavaliselt, kuigi mitte alati, seotud tööalase ja sotsiaalse toimimise olulise häiritusega.

USA-s kasutusel olnud klassifikaatoris DSM-4 on isiksusehäire ametliku diagnoosimise eelduseks vajalik püsiv tunnetus- või käitumismuster, mis kaldub oluliselt kõrvale kultuuriruumis oodatavast (American Psychiatric Association 2000). See muster peab avalduma vähemalt kahes järgnevas dimensioonis:

- (1) kognitsioon (nt viisid, kuidas inimene tajub ja tõlgendab ennast, teisi ja sündmuseid);
- (2) afekt (nt emotsionaalse vastuse ulatus, labiilsus ja kohasus);
- (3) interpersonaalne funktsioneerimine;
- (4) impulsikontroll.

Seejuures peab muster olema muutumatu ja püsiv nii personaalses kui ka sotsiaalsetes olukordades, põhjustama kliiniliselt oluliselt düstressi või vaegusi sotsiaalses, tööalases vm elualadel funktsioneerimises, olema pikaajalise kestusega ning olema alanud teismeliseeas või varases täiskasvanueas ega pole muu häire sümptom.

Seega iseloomustavad spetsiifilisi isiksusehäireid sügavad ja püsivad käitumismustrid, mille tõttu inimene reageerib ühetaoliselt järgalt erinevates isiklikes ja sotsiaalsetes olukordades. Tegemist on äärmuslike või oluliste kõrvalekalletega kultuuri keskmise inimese tajumise, mõtlemise, tunnete ja eriti suhete laadist.

Isiksushäirete alatüüpe eristatakse nende sagedasemate ja silmatorkavamate käitumisilmingute järgi, mille aluseks on teatavad isiksuse omadused. Spetsiifiliste isiksusehäirete hulka kuuluvad näiteks paranoiline isiksus, skisoidne isiksus, düssotsiaalne isiksus, ebastabiilne isiksus, histriooniline isiksus, anankastne isiksus, vältiv isiksus, sõltuv isiksus.

Isiksusehäired esinevad sageli koos meeleolu-, ärevus- ja sõltuvushäiretega, somatisatsiooni- või söömishäiretega; häire koosinemine mõne teise psüühika- ja käitumishäirega halvendab oluliselt raviprognosi (The Merck Manuals Online Medical Library 2014).

Isiksusehäireid on keeruline „ravida“, kuna nagu nende diagnostilised kriteeriumid demonstreerivad, kujunevad nad juba nooruspõlves ja on püsivad taju-, suhestumise ja mõttemustrid, mida ravimitega ei ole võimalik kuigi tulemusrikkalt mõjutada. Seega käsitletakse isiksusehäireid pigem kui eluaegseid diagnoose, kuigi on tõendeid, et häire sümptomaatikas võib piisavalt pika aja jooksul aset leida olulisi muutuseid (Lenzenweger 2006; Wright, Pincus, and Lenzenweger 2013 kaudu). Peamiseks ravisekkumiseks on pikaajalise kestusega psühhosotsiaalsed teraapiad, nii individuaalne psühhoteraapia (psühhodünaamiline või kognitiiv-käitumuslik teraapia) kui ka grupiteraapia või pereteraapia; teraapia on enamasti suunatud subjektiivse düstressi kahandamisele, inimesele teadvustamisele, et tema probleemid on otseselt seotud või põhjustatud temast endast (tema käitumisest), ebakohaste ja sotsiaalselt ebasoovitavate käitumiste olulisele kahandamisele ja problemaatiliste isiksusejoonte muutmisele.

Tulenevalt oma heterogeensusest on häiretel mitmekülgne mõju ka tööalasele funktsioneerimisele. Näiteks düssotsiaalse isiksusehäirega töötaja võib regulaarselt rikkuda kokkulepitud käitumisnorme, käituda vastutustundetult, valetada, saboteerida projekte või töötada vastu kolleegide projektidele. Paranoilise isiksushäire tunnuseks võib olla ülim tundlikkus tõrjumise ja ebaedu suhtes, solvangu ja haavamise mitteandestamine, kalduvus kaua viha pidada, umbusklikkus ja kalduvus kogemust moonutada, tõlgendades teiste neutraalseid või sõbralikke tegusid kui vaenulikke või põlglikke, oma õiguse visa ja sõjakas tagaajamine, mis ei sobi kokku tegeliku olukorraga, kalduvus pidada end liialt tähtsaks, mis väljendub püsivas enesekeskses hoiakus. Sotsiaalses kontekstis on seeläbi pidev oht tõisteks konfliktideks.

Ettner (2011) on esile tõstnud jõulist kriitikat isiksusehäirete diagnostiliste kriteeriumite asjakohasuse teemal, ning soovib tööturu kontekstis keskenduda isiksuseomaduste põhjalikule mõõtmisele, et tuvastada tööelus kohandumist potentsiaalselt takistavaid isikuomadusi.

Selle töö kvantitatiivses alaosas tehti isiksusehäirete statistilised eristused üksnes üheskoos käitumishäirete ja -sündroomidega. Haigekassa ravikindlustuse andmekogus sisalduvate raviarvete kohaselt on aastatel 2011–2013 ravikindlustussüsteemist abi otsinud 31 392 tööealist inimest, kelle raviarveil sisaldus põhi- või kõrvaldiagnoosina isiksus- või käitumishäire või -sündroom. 2013. aastal pöördus ravisüsteemi poole selliseid inimesi 14 234. 2014. aasta alguses oli Eestis 6451 inimest, kel oli töövõimetuse ekspertiisi raames tuvastatud aasta alguse seisuga kehtiv püsiv töövõimetus ning kelle ekspertiisdokumentides sisaldus märgne mõne isiksus- või käitumishäire või -sündroomi kohta, neist 3534 juhul oli see häire ka põhidiagnoosiks. Tööealisi inimesi, kelle puude raskusaste tuvastamisel oli põhidiagnoosiks nimetatud häiregrupp, oli 3148.

PSÜHHOAKTIIVSETE AINETE KURITARVITAMINE JA SÕLTUVUS

Tööelu kontekstis on psühhoaktiivsete ainete tarvitamisega seotud psüühika ja käitumishäirete puhul põhjendatud kõneleđa eelkõige erinevate psühhoaktiivsete ainete kuritarvitamisest ja sõltuvusest. Aine kuritarvitamine on aine tarvitamise viis, mis kahjustab tervist, ainete spekter on iseenesest lai, levinuimad kuritarvitatavad ained on legaalselt kättesaadavad alkohol ja tubakas, neile sekundeerivad narkootikumidest opioidid (heroiin), kannabinoidid (kanep), kokaiin, hallutsinogeenid (nt LSD), kuid kuritarvitada saab ka rahusteid, uinuteid ja kofeiini, aga ka mitmeid muid aineid. Alkoholi tarvitamise näitel⁷ üldistades viitab aine kuritarvitamisele ehk väärarvitamisele see, kui viimase 12 kuu jooksul on esinenud üks või rohkem järgmistest tunnustest:

- aine korduv tarvitamine, mis põhjustab rollihäireid tööl, kodus või koolis: töökollektiivi- või pereliikmena kohustuste hooletusse jätmist, töölt või koolist puudumist;
- korduv tervise ja elu ohtu seadmine, näiteks joobes olekus autojuhtimine, masinate või mehhanismidega töötamine;
- aine korduva kasutamisega seotud õiguslikud probleemid, näiteks purjusolekust tingitud arest, narkootikumidega „vahele jäämine“;
- aine tarvitamise jätkamine, vaatamata korduvatele ja püsivatele häiretele sotsiaalsetes suhetes (nt alkoholi tarvitamisest tekkinud ebakõlad abikaasaga või olmerüselused ja kaklused).

Kuritarvitamine on kergem häire kui sõltuvus, mis võib, kuid ei pruugi eelneđa sõltuvusele. On inimesi, kes võivad pikka aega alkoholi kuritarvitada, ilma et neil areneks sõltuvus. Sõltuvus psühhoaktiivsest aineist on aga haigus, mis diagnoositakse juhul kui viimase 12 kuu jooksul on esinenud 3 või rohkem järgmistest tunnustest:

- taluvuse suurenemine aine suhtes:
 - soovitud toime saavutamiseks tuleb tarvitada suuremat ainekogust kui varem,
 - võõrutusnähtude leevendamiseks kasutatakse uut kogust psühhoaktiivset ainet;
- võõrutusnähud:
 - esineb tüüpiline aine võõrutussündroom,

⁷ https://www.haigekassa.ee/files/est_kindlustatule_juhendid/Alkohol%20minu%20kehas_final.pdf

- võõrutusnähtude leevendamiseks kasutatakse uut kogust psühhoaktiivset ainet;
- aine tarvitamine planeeritust suuremal hulgal või pikemat aega;
- aine tarvitamise lõpetamise või vähendamise ebaõnnestumine tahtejõu vähenemise tõttu, vaatamata soovile;
- suure osa aja kulumine aine hankimisele, tarvitamisele ja selle mõjust toibumisele;
- töö, vaba aja ja enese vormis hoidmisega seotud oluliste toimingute osaline või täielik unarusse jätmine aine tarvitamise tõttu
- aine tarvitamise jätkumine vaatamata selle tarvitamisest põhjustatud püsivatele või korduvatele füüsilistele ja psüühilistele probleemidele.

Ülal kirjeldatud tunnustes peegeldubki juba üheselt kuritarvitamise või sõltuvuse potentsiaalne negatiivne mõju tööelule. Tööl (etteteatamata) puudumine, joores tööle ilmumine, produktiivsuse langus on ilmselt kesksamad tööelu mõjutavad tegurid.

Haigekassa ravikindlustuse andmekogus sisalduvatel aastate 2011–2013 raviarvetel sisaldus märke diagnoosigrupi F10-F19 kohta 24 452 tööealise inimese puhul. 2013. aastal sisaldus põhi- või kõrvaldiagnoosina selline märke 10 419 isiku kohta⁸. 2014. aasta alguses oli Eestis 3904 sellist inimest, kel oli töövõimetus ekspertiisi raames tuvastatud aasta alguse seisuga kehtiv püsiv töövõimetus ning kelle ekspertiisidokumentides sisaldus märke diagnoosirühmale F10-F19. Samas oli neist vaid 26,2% juhtudest see häire põhidiagnoosiks. Tööealisi inimesi, kelle puude raskusaste tuvastamisel oli põhidiagnoosiks nimetatud häiregrupp, oli 862.

DEMENTSUS

Dementsus on orgaanilise psüühikahäire, mis tähendab, et häire aluseks on diagnoositav peaju- või süsteemne haigus või kahjustus. Haigus on tavaliselt kroonilise või progresseeruva kuluga, dementsuse puhul on häiritud mitu funktsiooni, sealhulgas mälu, mõtlemine, orientatsioon, arusaamine, taiplikkus, arvestamine asjaoludega, õppimisvõime, sõnavara ja otsustusvõime. Dementsuse levimus maailma andmetel on tõusutendentsiga ja Eestis on see sündroom aladiagnoositud, moodustades umbes 10 % tegelikest dementsusjuhtudest (Linnamägi *et al.* 2006).

Dementsus väljendub intellektuaalsete funktsioonide tunduvas languses ja tavaliselt on häiritud ka igapäevased toimingud – pesemine, riietumine, söömine, isiklik hügieen, tualeti kasutamine jne. Millisel kujul need kõrvalekalded avalduvad, sõltub suurel määral sotsiaalsest ja kultuurilisest keskkonnast, milles inimene on elanud. Muutusi sotsiaalse rolli täitmisel, nagu võime säilitada või leida tööd, ei tohiks kasutada dementsuse kriteeriumina, kuna eri kultuurides on ses suhtes suured erinevused, samuti etendavad oma osa välised asjaolud, mis avaldavad tööhõivele olulist mõju.

Dementsuse puhul on põhiliseks tingimuseks mälu- ja mõtlemishäired sellisel tasemel, et need häirivad inimese igapäeva elu. Mälu alaneb tüüpiliselt uue informatsiooni omandamisel, säilitamisel ja taas-esitamisel. Ka varem omandatud ja tuttav materjal võib kaduma minna, eriti hilisstaadiumis. Vastuvõetava informatsiooni töötlemine on häiritud, inimesel on üha suuremaid raskusi pöörata samaaegselt tähelepanu rohkem kui ühele objektile, näiteks võtta osa vestlusest mitme isikuga korraga; raskusi on ka tähelepanu ümberlülitamisega ühelt objektilt teisele.

⁸ Psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäirega seotult oli 284 juhtumi raames väljastatud ka haigusleht. Samas joores või sellest tingitud vigastuse korral haigekassa inimesele haigusühikut ei maksa.

Dementsus kui häire võib järgneda või kaasuda mitmele orgaanilisele psüühikahäirele (nt Alzheimeri tõi) Dementsusega võivad 50-75%-l haigestunutest kaasneda käitumis- ja isiksuse muutus. Psühhootilistest häiretest esineb kõige rohkem luulumõtteid, mis on tavaliselt paranoilise iseloomuga. Üheks sümptomiks on haigestunu kalduvus ekselda ja eksida, st pidev soov või vajadus kuhugi minna.

Kuigi dementsust loetakse eelkõige geriaatriliseks diagnoosiks, võib see tekkida ka parimas tööeas. Haigekassa ravikindlustuse andmekogus sisaldub aastate 2011–2013 raviarvetel dementsuse diagnoos 2003 tööealise inimese puhul. 2013. aastal pöördus ravisüsteemi poole selliseid inimesi 887. 2014. aasta alguses oli Eestis 930 inimest (vt Tabel 6), kel oli töövõimetuse ekspertiisi raames tuvastatud aasta alguse seisuga kehtiv püsiv töövõimetus ning kelle ekspertiisdokumentides sisaldus märge dementsuse diagnoosi kohta, neist 69,6% juhtudest oli see häire ka põhidiagnoosiks. Tööealisi inimesi, kelle puude raskusaste tuvastamisel oli põhidiagnoosiks nimetatud häiregrupp, oli 716.

TABEL 6. DEMENTSUS TÖÖVÕIMEKAOGA INIMESTE SEAS SOO JA TUVASTATUD TÖÖVÕIMEKAO MÄÄRA JÄRGI, 2014

Töövõimekao määr	30	40	50	60	70	80	90	100	Kokku
N		1	1	7	2	58	35	147	251
M	1	1	4	6	6	137	82	442	679
Kokku	1	2	5	13	8	195	117	589	930

Märkus: Tööealised (vanuses 16-62) inimesed, kel oli 2014. aasta seisuga tuvastatud püsiv töövõimetus ning kelle ekspertiisi dokumentides sisaldasid diagnoos F00-F03 ja F05.1.

Allikas: SKA, autorite arvutused

MÕÕDUKAS, RASKE JA SÜGAV VAIMNE ALAARENG

Mõõduka vaimse alaarenguga inimeste mõistuse areng ja kõne kasutamine kujunevad aeglaselt ning nende saavutused neis valdkondades on piiratud. Ka eneseteenindusoskused ja motoorsed võimed on arengus maha jäänud ning mõned isikud vajavad hooldajat kogu elu vältel. Nende IQ hinne on tavaliselt 35-49. Koolitöö edukus on piiratud, kuid osa neist isikutest on võimelised omandama põhioskused lugemises, kirjutamises ja arvutamises. Haridusprogrammid võivad pakkuda olulist tuge piiratud võimekuste arendamisel ja põhiliste oskuste omandamisel.

Täiskasvanuna on mõõduka vaimse alaarenguga inimesed tavaliselt võimelised tegema lihtsat praktilist tööd, kui ülesanne on üksikasjades hoolikalt selgitatud ja hea juhendamisega kindlustatud. Täielikult iseseisev elu täiskasvanueas on harva saavutatav. Üldiselt on sellised inimesed liikuvad ja kehaliselt aktiivsed ning enamasti näitab sotsiaalset arengut kontaktide loomisel, suhtlemises teistega ja lihtsas sotsiaalses tegevuses.

Raske vaimse alaarengu puhul on pilt sarnane mõõduka vaimse alaarenguga, kuid sealjuures on raske vaimse alaarengu puhul sagedased madalamad saavutustasemed võrreldes mõõduka vaimse alaarenguga. Enamusel raske vaimse alaarenguga isikuist on olulisi motorikahäireid või muid kaasnevaid puudeid, mis viitavad kesknärvisüsteemi kliiniliselt olulisele kahjustusele või arengu häirele.

Sügava vaimse alaarenguga isikute IQ on alla 20, mis praktikas tähendab, et neil on oluliselt piiratud võime aru saada või täita nõudmisi ja korraldusi. Enamus neist ei suuda liikuda või on tugevasti piiratud liikumisega ning võimelised ainult väga algelistes vormides mitteverbaalselt suhtlema. Nad on vähesel määral või ei ole üldse võimelised hoolitsema oma põhivajaduste eest ning vajavad pidevat abi ja hooldust.

Haigekassa ravikindlustuse andmekogus sisaldub aastate 2011–2013 raviarvetel mõõduka, raske või sügava vaimse alaarengu diagnoos 3726 tööealise inimese puhul. 2013. aasta arveil oli sama märke 2018 inimese

puhul. 2014. aasta alguses oli Eestis 2682 inimest, kel oli töövõimetus ekspertii raames tuvastatud aasta alguse seisuga kehtiv püsiv töövõimetus ning kelle ekspertii dokumentides sisaldus märke mõõduka, raske või sügava vaimse alaarengu kohta (vt Tabel 7), neist 87% juhtudest oli see häire ka põhidiagnoos. Tööealisi inimesi, kelle puude raskusaste tuvastamisel oli põhidiagnoos nimetatud häiregrupp, oli 3032.

TABEL 7. MÕÕDUKAS JA RASKE VAIMNE ALAARENG TÖÖVÕIMEKAOGA INIMESTE SEAS SOO JA TUVASTATUD TÖÖVÕIMEKAO MÄÄRA JÄRGI, 2014

		Töövõimetus määr	50	60	70	80	90	100	Kokku
Mõõdukas vaimne alaareng	N		1	5	258	133	344	741	
	M		2	12	413	194	467	1088	
	Kokku		2	1	17	671	327	811	1829
Raske vaimne alaareng	N			1	4	4	239	248	
	M					3	4	332	339
	Kokku				1	7	8	571	587
Sügav vaimne alaareng	N					1	84	85	
	M						127	127	
	Kokku					1	211	212	

Märkus: Tööealised (vanuses 16-62) inimesed, kel oli 2014. aasta seisuga tuvastatud püsiv töövõimetus ning kelle ekspertii dokumentides sisaldus märke vastavalt kas F71, F72 või F73 kohta.

Allikas: SKA, autorite arvutused

2.2. Tööelus osalemist selgitavad tervisevälised tegurid

Kui meditsiinilise mudeli järgi on vaimse tervise häire eelkõige individuaalne probleem, mida saab ja tuleb raviga korrigeerida selliselt, et inimene oleks teistega ühetaoline, siis sotsiaalne mudel seab fookusesse suhtumise ja sotsiaalsete struktuuride kujundamise, et võimaldada vaimse tervise häiretega inimestel osaleda sarnaselt teistega ühiskonna- ja tööelus (Gates and Akabas 2011, 376). Kahte lähenemist siduva biopsühhosotsiaalse mudeli järgi on vaimse tervise häiretega inimeste tööelus osalemise probleemid tingitud nii keskkonnast kui ka sümptomaatikast. Viidatud autorite näidet kasutades – endaga valjult rääkiv inimene on käsitletav „töövõimetusena“ vaikust eeldavas töökeskkonnas, kuid seevastu „töövõimelisena“ loomaia talitajana (*Ibid.*).

Töövõime teoreetiliste mudelite areng on toimunud paralleelselt töödisaini ja tööprotsessi mudelite muutusega, kus massitootmise ühetaolised töötingimused ja tööprotsessid on asendunud töö ümberdisainimise ja töö rikastumise käigus mitmekesiste töökeskkondade ja töötingimustega (*Ibid.*, 377), ning töötervishoiu mudelite muutumisega, kus indiviidikesksed selgitused tööga seotud terviseprobleemidele on järjest enam asendunud töökeskkonna kesksete selgitustega (Allvin and Aronsson 2003).

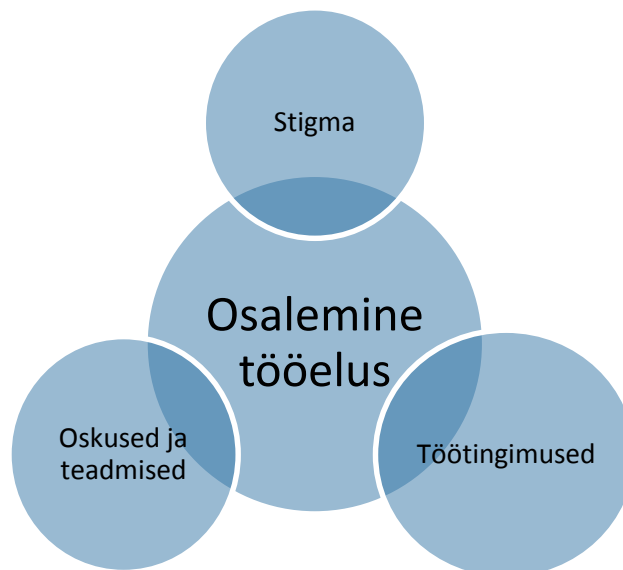
Rijk (2013, 476) töövõime teooriate kirjandusülevaate kohaselt võivad lisaks tervisele töövõimet mõjutada (1) tervisekäitumine ja tervishoiuteenused, (2) sotsiaaldemograafilised faktorid, (3) hoiakud ja uskumused, (4) töö karakteristikud, (5) organisatsiooni karakteristikud, (6) viimastega seotud tööandja praktika, (7) ühiskonna makrotasandi faktorid ning (8) poliitika. Harder jt (2012, 23) leiavad oma süstemaatilises kirjandusülevaates, et vaimse tervise häirega inimeste tööturul osalemise tõenäosust suurendavad (1) individuaalsete tegurite seas kõrgem haridus, meheks olemine, noorem iga, enamusrahvusrühma kuulumine, healoomulised sümptomid (ingl *benign symptoms*), (2) organisatsiooniliste tegurite seas algtaseme hõive (*entry level employment*) ning (3) ühiskondlikest teguritest sotsiaalne tugi ja kompensatsioonimehhanismid (*workers compensation, medical or low deductibles*).

Blank jt (2008) keskenduvad oma empiiriliste tööde kirjandusülevaates teguritele, mis soodustavad või piiravad vaimse tervise probleemidega inimeste tööle naasmist. Autorite järgi vähendab tööga seotud teguritest tööle naasmise tõenäosust stressirikas töö, vähese turvalisusega töö, madal tööhinne (*job grade*) ja töömotivatsioon; sotsiaal-demograafilistest teguritest vähendab tööle naasmise tõenäosust kõrgem vanus, üksi elamine, sõltuvalt uuringust ka meheks või naiseks olemine ja madal haridus; tervisekäitumisega seotud tegureist vähendab tööle naasmise tõenäosust ravimitest sõltumine (*being drug dependent*), ülekaalulisus; meditsiinilistest faktoritest vähendab tööle naasmise tõenäosust sümptomite tõsidus/ägedus.

Lagerveld jt (2010) keskendusid oma süstemaatilises kirjandusülevaates teguritele, mis ennustavad depressiooni sümptomitega inimeste tööelus osalemist (*work participation*) ja tööalast funktsioneerimist (*work functioning*). Ülevaates leitakse, et on tugevad tõendid, et osalemist mõjutab depressiooni episoodi kestus. Mõõdukad tõendid on ka selle kohta, et depressiooni raskemad vormid, kaasuvad vaimse ja füüsilise tervise häired, varasemad töökatkestused, töövõime kadu (*work disability*) ja vanus mõjutavad tööelus osalemist. Samuti leitakse, et tõsised depressiooni sümptomid on seotud tööalaste tegevuspiirangutega, ning kliiniline paranemine on seotud tööalase produktiivsuse suurenemisega.

Mitte-süstemaatilistes kirjandusülevaadetes loetletakse veel täiendavaid tegureid, mis mõjutavad vaimse tervise häiretega tööelus osalemist. Corbière jt (2013, 275–280) toovad varasematele uuringutele tuginedes veel välja järgmised faktorid: kognitiivne funktsioneerimine, enesekindlus ja enesehinnang, sotsiaalsed oskused, tööga seotud hoiakud, kavatsus ja valimisolek töötada, aktiivsus töötamisel, sotsiaaltoetused (mis võivad nii soodustada kui pärssida), sotsiaalne tugi, tööandjaga suhte hoidmine, tööandja tugi ja toetus ja varasem töökogemus.

JOONIS 3. SELLE TÖÖ FOOKUSES OLEVAD TÖÖELUS OSALEMIST MÕJUTAVAD TERVISEVÄLISED TEGURID



Allikas: autorite koostatud

Teaduskirjanduse kohaselt on seega rohkelt tegureid, mis võivad mõjutada vaimse tervise häirega inimeste tööelus osalemist, ning on erineva tasemega tõendeid nende tegurite olulisuse kohta. Selles töös keskenduvad autorid lähteülesandest tulenevalt lähemalt kolmele üldisele tervisevälisele tegurile, s.o haridusele oskuste ja teadmistena, töötingimustele ja stigmale (vt **Joonis 3**). Siinjuures hõlmavad need tegurid nii indiviidi, keskkonna kui ka nende omavahelise vastasmõju problemaatikat. Näiteks ei ole oskused ja teadmised kitsalt isikuga seotud karakteristikud vaid ka tööturgu ja haridussüsteemi iseloomustavad

tegurid. Siinne valik tugineb põhimõttel, et oleks kaetud teoreetiliselt kõige olulisemad tegurid, mis mõjutavad tööelus osalemist ja milliseid riik erinevate poliitikameetmete kaudu saab mõjutada.

2.2.1. Haridus, oskused ja teadmised

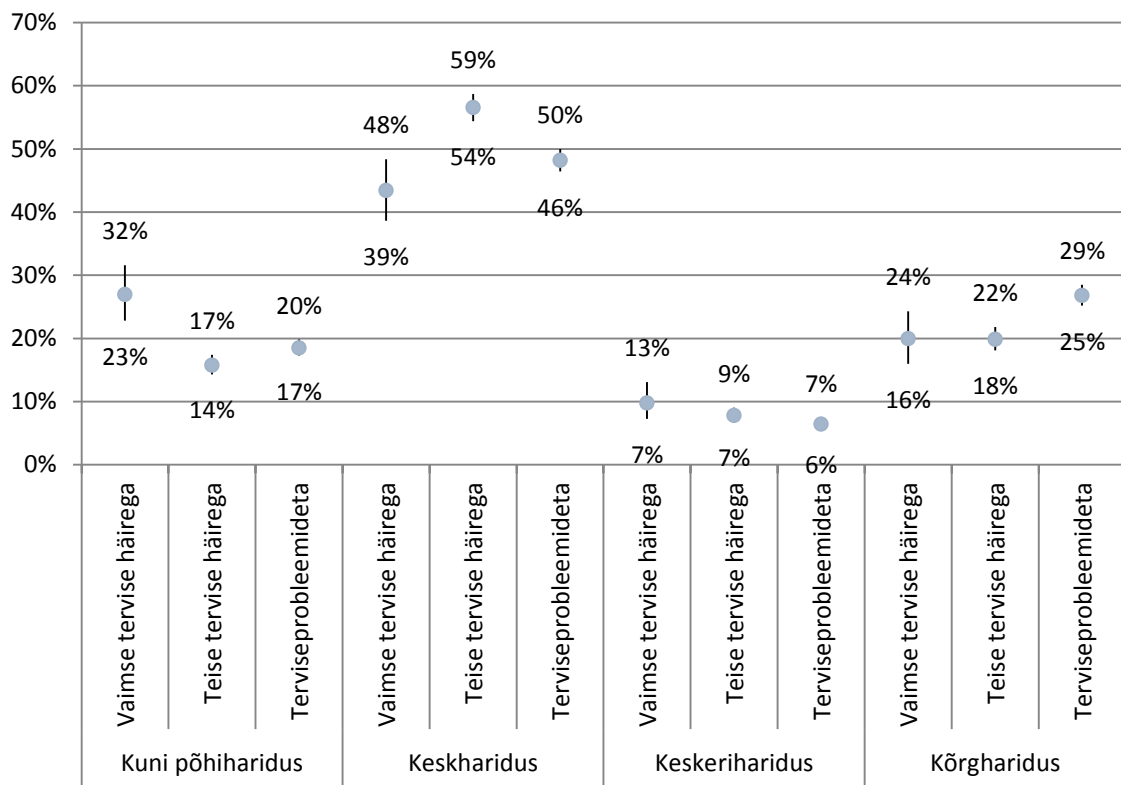
Funktsionalistlikud haridusteooriad, sealhulgas inimkapitali teooria kirjeldavad, kuidas inimese investeeritud enda oskustesse ja teadmistesse parandavad tema positsiooni tööturul, eelkõige võimalust leida tööd ning teenida kõrgemat sissetulekut (Schultz 1961, 13). Varasemad empiiriliste tööde kirjandusülevaated on näidanud, et oskused ja teadmised mõjutavad vaimse tervise häiretega inimeste töötamist (Harder, Rash, and Nelson 2012; Cornelius *et al.* 2011; Blank *et al.* 2008). OECD (2012a, 25–26) kirjeldava analüüsi järgi on vaimse tervise häired sagedamini levinud madalama haridustasemega täiskasvanute seas – madalam haridus soodustab vaimse tervise probleemide teket ja vaimse tervise häired takistavad hariduse omandamist.

Ka Eesti tööjõu-uuringu (edaspidi ETU 2011) järgi (autorite arvutused) on vaimse tervise häirega inimeste kõrgeim lõpetatud haridustase madalam (vt **Joonis 4**) – nende seas on suuremal määral kuni I taseme haridusega inimesi kui teiste terviseprobleemidega või puuetega inimeste ja tervete või puudeta täiskasvanute seas ning vähem vähemalt III tasemel haridusega inimesi kui tervete või puudeta inimeste seas. Vaimse tervise häire negatiivne mõju tasemehariduse omandamisele ja tööelus osalemisele peegeldus ka käesoleva töö raames läbi viidud intervjuudes (vt ka kiil 1 ja kiil 2).

Tulenevalt hariduslikest puudujääkidest ning hariduse ja töökoha mittevastavusest, töötavad vaimse tervise häirega inimesed ka teistsugustel töökohtadel – nad on ülesindatud madala või keskmise oskumahukusega ametikohtadel ja alaesindatud kõrge oskumahukusega ametikohtadel (OECD 2012a, 56). Siinjuures on madalama oskustasemega ja oskumõuetega ametikohad (ingl *low skill utilization*) sageli kõrgete psühholoogiliste nõudmistega ja madala otsustusvabadusega (*high psychological demand, low decision latitude*), mis on üks stressi allikaks ja seeläbi vaimse tervise probleemide allikaks (*Ibid.*, 14, 64).

Eelnevast johtuvalt – kuna paljud psüühika- ja käitumishäired algavad nooruki- või varases täiskasvanueas, on väga oluline kohandada haridussüsteemi vaimse tervise häirega inimeste vajaduste järgi, et ületada hariduslikku lõhet ja seeläbi ka tööturulõhet vaimse tervise häirega inimeste ja teiste vahel (Baldwin and Marcus 2011, 64). Haridussüsteemil on oluline roll noorte tööeluks ettevalmistamises, sh toimetulekustrateegiatega ja -mehhanismide arendamises aga ka tervisedendusega tegelemisel ja seeläbi vaimse tervise probleemide ennetamises (OECD 2012a, 37). Manthey jt (2014, 3) toovad kirjandusülevaates välja erinevad tegurid, mis takistavad vaimse tervise häirega inimestel hariduse omandamist: (1) stigma kaasõpilaste ja õpetajate seas, (2) empaatia puudumine õpetajate hulgas, (3) juhtumikorraldusliku toe puudumine, (4) lähedaste ja sõprade toetuse puudumine, (5) transpordiprobleemid, (6) finantsvahendite kättesaadavus, (7) koolis ja tunnis sümptomitega või ravi kõrvalmõjudega tegelemise problemaatika, (8) kohanduste ja paindlikkuse mittevõimaldamine koolis, (9) hirm terviseprobleemiga seotud info avaldamise tagajärgede ees, (10) puudulik juurdepääs toetatud haridusteenustele, (11) enesekindluse ja enesehinnangu probleemid. Nende probleemide ennetamine ja lahendamine võib aidata ennetada vaimse tervise häirega inimeste töötamisega seotud probleeme.

JOONIS 4. VAIMSE TERVISE HÄIREGA TÖÖEALISTE INIMESTE HARIDUSTASE EESTIS VÕRDLUSES TEISTE RÜHMADEGA



Märkus: 15-64-aastane elanikkond; vaimse tervise häirega inimesteks loeti vastajad, kel enesehinnangu järgi on õpiraskused (lugemis-, õigekirja-, arvutamiskeskused), ärevus, ängistustunne, depressioon või muud vaimsed, närvidel seotud või emotsionaalsed probleemid, mis on kestnud või tõenäoliselt kestab 6 kuud või kauem.

Allikas: Eesti Statistikaamet, Eesti Tööjõu-uuring 2011, OSA L Tervis ja töövõime; autorite arvutused

Kirjanduse järgi võib vaimse tervise häirega inimestel olla puudu ka spetsiifilistest oskustest. Corbière jt (2013, 280) toovad oma kirjandusülevaates välja, et vaimse tervise häirega inimestel võib olla vajakajäämisi sotsiaalsetes oskustes, mille tõttu võib neil olla raskem suhelda töandjatega, juhtidega, kaastöötajatega ja klientidega, luua sotsiaalseid suhteid või reageerida adekvaatselt tagasisidele.

Tsang jt (2000, 24) toovad oma kirjandusülevaates välja, et vaimse tervise häiretega inimeste sotsiaalsed oskused võivad olla probleemsemad kolmel erineval tasandil: (1) sotsiaalsed ja toimetuleku baasoskused, mis hõlmavad inimestevahelist suhtlemisoskust, informatsiooni saatmise ja vastuvõtmise oskust, enda eest hoolitsemise ja väljanägemisega seotud oskusi; (2) põhioskused, et toime tulla tööga seotud situatsioonides, näiteks suhtluses kaastöötajatega ja juhtidega, ning (3) suutlikkus neid oskusi omades ja kasutades kasu saada. Hariduse ja tööalaste oskuste kõrval mõjutavad sotsiaalsed oskused vaimse tervise häirega inimeste tööturul osalemist.

Kiil 1. Häire mõju hariduse omandamisele

/---/ mul ülikooli ajal hakkaski juba, tuli haiguspuhang, kus ma sattusin haiglasse. Kui mul on isiklikus elus rasked ajad, siis see kõik mõjutab mind, kui magamisega on probleeme, ma tean, see on kõik see asi, mis mind on mõjutanud. Ma ei saanud korralikult magada. /---/ ühe eksamisessiooni ajal ma jätsingi kooli pooleli, jah. /---/ Võib-olla, kui mul oleks isiklik elu korras olnud, võib-olla ma oleks suutnud kooli ära teha. Mul jäi nii vähe puudu, ma olin suht tubli õpilane ka, sain stipendiumi ja... /---/ teist korda ma astusin uuesti sisse ja siis kanti ainepunktid mulle üle, 3 aastat, oleks saanud bakalaureuse, aga mul jäigi viimasel aastal pooleli, mul oli praktiliselt ainult vaja... /---/ kui ma teist korda pooleli jätsin, siis olidki teha veel mõned eksamid, lõputööd, siis mul jälle midagi juhtus.

30ndates naine, kel on skisoafektiivse häirega seotult tuvastatud püsiv töövõimetus

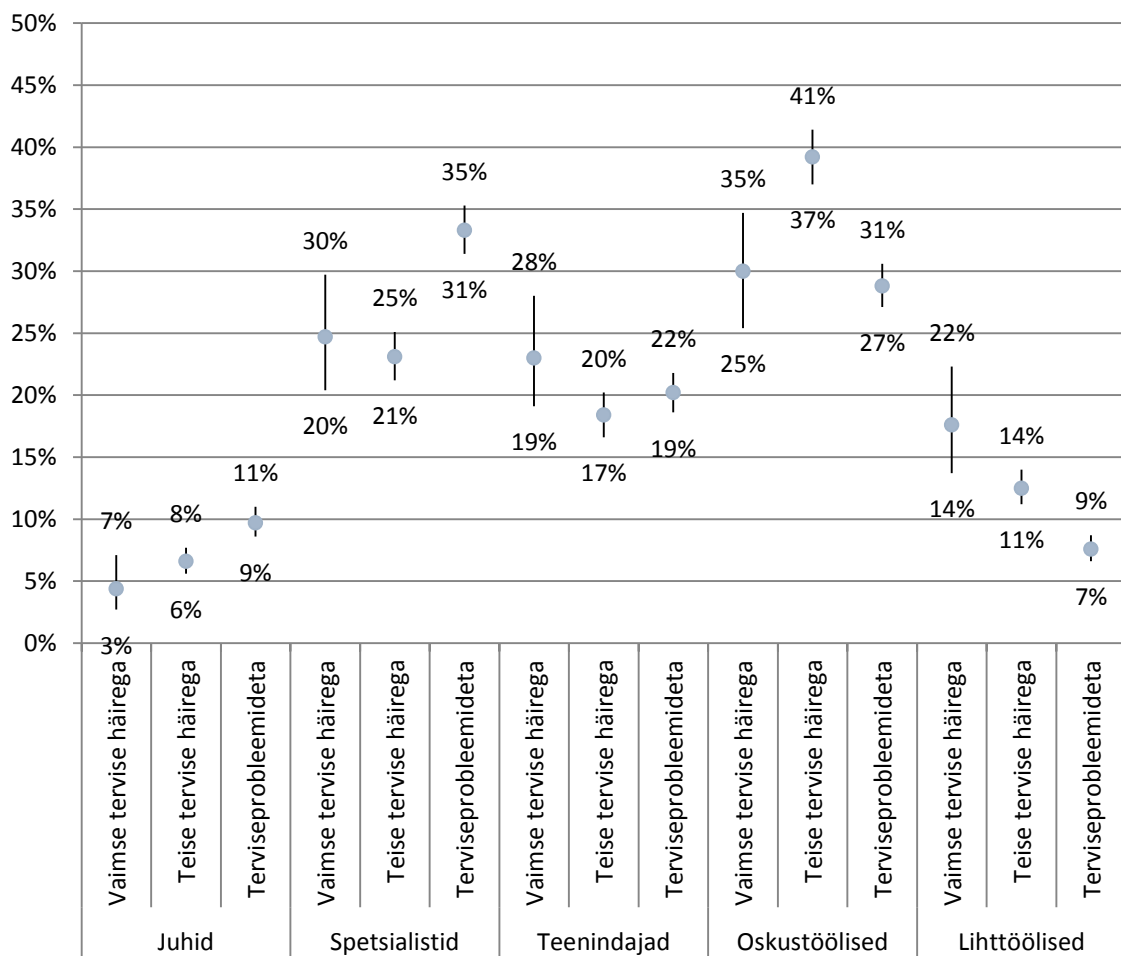
2.2.2. Töötingimused

OECD (2012a, 42) raportis tõdetakse, et töötingimused on kriitiline tegur, et murda negatiivne kaesuunaline seos vaimse tervise häirete ja töötamise probleemide vahel: (1) vaimse tervise probleemidega töötajad võivad tulenevalt halvemast tööturupositsioonist saada halvemate töötingimustega töökoha, (2) töötingimused ise võivad mõjutada inimese vaimset tervist, ning (3) vaimsest tervisest tulenevalt võivad neil olla vajadus teistsuguste töötingimuste järele (vt ka de Lange *et al.* 2005; Kalimo 2005).

OECD (2012a, 56–57) järgi on vaimse tervise häirega inimestel suurema tõenäosusega ebakindel madala töösuhte turvalisusega töö (ingl *job security*), nende töötasu on madalam, neil on sagedamini tähtajaline töö ja tööleping, töökoha oskusevõrdsus pole nende oskustega kooskõlas (*skill mismatch*) ning nad on vähem oma tööga rahul (*perceived job quality*). Ka ETU 2011 valimi analüüs näitab (autorite arvutuste põhjal), et vaimse tervise häiretega hõivatute seas on suuremal määral mitte-alalisi töötajaid kui teiste terviseprobleemidega või puudega ning teiste hõivatute seas, kuid need erinevused ei ole statistiliselt olulised ja seeläbi populatsioonile laiendatavad.

Tulenevalt vaimse tervise häirega inimeste madalamast haridustasemest, oskuste ja oskusevõrdsuse mittevastavusest ning halvemast positsioonist tööturul töötavad vaimse tervise häirega inimesed ka madalamatel ametikohtadel (OECD 2012a, 56, 58). Ka ETU 2011 andmed näitavad, et Eesti vaimse tervise häirega hõivatute seas on suuremal määral madalamal ametialasel positsioonil töötajaid ja väiksemal määral kõrgemal ametialasel positsioonil töötajaid (vt **Joonis 5**).

JOONIS 5. VAIMSE TERVISE HÄIREGA HÕIVATUTE AMETIALAD EESTIS VÕRDLUSES TEISTE RÜHMADEGA,



Märkus: 15-64-aastane elanikkond; vaimse tervise häirega inimesteks loeti vastajad, kel enesehinnangu järgi on õpiraskused (lugemis-, õigekirja-, arutamiskeskused), ärevus, ängistustunne, depressioon või muud vaimsed, närvidena seotud või emotsionaalsed probleemid, mis on kestnud või tõenäoliselt kestab 6 kuud või kauem.

Allikas: Eesti Statistikaamet, Eesti Tööjõu-uuring 2011, OSA L Tervis ja töövõime; autorite arvutused

Töötervishoiu ja tööohutuse alases kirjanduses rõhutatakse, et töötingimused peaksid olema töötaja tervist ja töövõimet hoidvad. Rohke teaduskirjandus näitab, et tööga seotud psühhosotsiaalsed ohutegurid võivad mõjutada töötajate vaimset tervist (vt nt Stansfeld and Candy 2006). Corbière ja tema kaasautorite kirjandusülevaate järgi (2013, 273) eristatakse nelja psühhosotsiaalsete ohutegurite taset⁹:

- töö sisu tase, mis keskendub objektiivsetele töötingimustele, töö karakteristikutele; töötaja vaimset tervist võib mõjutada näiteks korduvad tööülesanded, segased rollid, intensiivne töökoormus;

⁹ Samas toovad autorid (*Ibid.*) välja ka üldised sekkumismeetmed riskide maandamiseks ja vaimsete terviseprobleemide ennetamiseks või lahendamiseks. Esmased meetmed on suunatud riskitegurite maandamisele, näiteks psühhosotsiaalsete riskide hindamine ja organisatsiooni juhtimispraktika kujundamine vastavalt hindamisele. Teiseid meetmeid rakendatakse pärast sümptomite ilmnemist, õpetades näiteks töötajatele oskuseid stressoritega toimetulemiseks; sellised sekkumised võivad ennetada sümptomite arenemist tõsisemaks vaimse tervise probleemideks. Kolmandased meetmed rakenduvad samuti pärast sümptomite ilmnemist, kuid keskenduvad töötaja toetamisele, näiteks normaalsete töötingimuste taastamine võib vähendada stressirikaste tingimuste tagajärgi.

Kiil 2. Häire mõju tasemeharidusele, oskustele ja töökogemusele

Intervjueeritav (V): Olin vist mingi 5 aastat akadeemilisel, ja siis sellel ajal nagu tiksusin seal, võtsin nagu neid ainepunkte noh. Tegelt mul on rohkem ainepunkte kui /---/ noh ikka kõvasti rohkem, sest et ma võtsin nagu lisaaineid seal nagu tänu oma psühhiaatrile siis nagu. Lõpetasingi mingi 7 aastaga selle bakalaureuse mingi kolmeaastase õppe.

Intervjueerija (K): /---/ Oled sa kunagi /---/ kuskil töötanud? On sul sellist kogemust?

V: Jah, olen töötanud klienditeenindajana, hommikusöögiteenindajana. Siis ka prooviaegadel olen käinud /---/ sellistes väikestes kohvikutes /---/ seal ikka eeldatakse kohe, et nii et näidatakse ette, et siin on see arvutiprogramm, siis ühe korra näidatakse ette ja siis kohe, et saa hakkama onju. Siis mul on kohe selline kramp on sees ja nagu et ma ei saanud aru, sest et nagu ma ei ole arvutitega töötanud onju.

K: Sa tahaksid nagu selgemat ja natuke pikemalt võib-olla seda instruksiooni?

V: Jah aga mitte ka sellise suhtumisega et nagu mingisugune alaarenenud nüüd tuleb siin /---/. Seda suhtumist ma ei talu. Sellepärast et ma ei ole mingi idioot ka päris. Aga seda suhtumist on hästi palju nagu ja seda ka, et kui sa kohe ei saa hakkama, et siis nagu hästi palju agressiooni tekitab see. /---/. Kuidagi ma ilmselt olen, kiirgan välja kuidagi sellist abitust või hirmu ja siis see tekitab agressiooni ja seda tuleb hästi palju.

/---/

Et jah et hommikusöögiteenindajana olen töötanud, /---/ praegu töötan osalise ajaga koristajana. /---/ Korra nädalas. Asi seegi. Ma tunnen et see ei ole piisav, ma olen tegelikult palju rohkemaks võimeline.

K: Sul on tegelikult bakalaureuse haridus.

V: Jah.

K: Koristamise töö – sa teed seda küll ja see on midagi, mis aitab sind praegu, aga see ei ole sinu unistustele vastav töökoht?

V: Absoluutselt mitte nagu et noh. Lihtsalt see enesehinnang on väga madal ja enesekriitika on väga kõrge, samas on ka see perfektsionism. Et ma tahan kõike nagu ülikorralikult teha ja nagu nii hästi kui vähegi võimalik on ja. Aga lihtsalt ongi, et juhendamist oleks vaja või nagu täiendõpet.

30ndates naine, töövõimetuse täpne põhjust täpsustamata

- töö konteksti tase, mis keskendub organisatsiooni karakteristikutele; vaimset tervist võib mõjutada näiteks võimalus kaotada töö, ebaõiglane kohtlemine;
- individuaalne tase, mis keskendub töötaja tööga seotud faktoritele; vaimset tervist võib mõjutada näiteks vähene võimalus teha oma tööga seotud valikuid, vähene võimalus kasutada oma oskusi;
- indiviidide vahelised faktorid on seotud sotsiaalsete rollide ja suhetega; uuringud on näidanud, et kaastöötajate ja juhtide poolse sotsiaalse toe puudumine ja isolatsioon on seotud vaimse tervise probleemidega.

Üldistatult aitab neid tegureid selgitada nõudmiste-kontrolli mudel (Karasek 1979). Stansfeld ja Candy (2006) tõdeavad oma metaanalüüsis, et on robustne ja konsistentne tõendusmaterjal, et vähene kontroll oma tööülesannete üle (ingl *low decision authority*), vähene otsustusvabadus (*decision latitude*), töö kvaliteedile esitatavad kõrged nõudmised (*high job demands*), vähene kolleegide-poolne toetus (*low occupational social support*) ning vähene töö kindlus (*job insecurity*) on vaimse tervise riskitegurid. Samas selgus Stansfeldi ja Candy (2006) metaanalüüsis, et vaimse tervise häirete teket ja väljakujunemist põhjustavad tõenäolisemalt konfliktid töö pingelisuse (*job strain*) ja vähese otsustusvabaduse ning suure pingutuse (*putting in high effort*) ja ebapiisava tasu vahel (*receiving low reward*). Egan jt (2007) vaatasid oma süstemaatilises kirjandusülevaates, milline mõju töötaja vaimsele tervisele on tööülesannete struktuuri (*work task structure*) muudatustel, mille eesmärk on muuta töötaja tööle esitatavaid nõudmisi ja otsustusvabadust. Nende ülevaatest selgus, et tööülesannete mitmekesistamine (*task variety*) ei omanud vaimsele tervisele mingit erilist mõju, meeskonnatöö (*teamworking*) avaldas töötaja vaimsele tervisele positiivset mõju, samas kui autonoomne töökorraldus (*autonomous groups*) mõjutas töötaja vaimset tervist negatiivselt. Selgus ka, et vaimset tervist mõjutasid kõige enam muutused töötaja kontrollis oma töö üle (*job control*) ning tema tööle esitatavatele nõudmistele. Suurem kontroll oma töö üle ning tööle esitatavate nõudmiste mitte tõstmine mõjuvad töötaja vaimsele tervisele positiivselt. Ka Schmidt jt (2014) metaanalüüs kinnitab, et töökoha rollikonflikt või rolli ebaselgus suurendavad depressiooni riski. Siinjuures näitavad uuringud (Butterworth *et al.* 2011), et töökvaliteet vähendab hõivatuse positiivset mõju vaimsele tervisele – liikumine töötusest heade töötingimustega tööle parandab vaimset tervist, kuid liikumine töötusest halva kvaliteediga tööle halvendab vaimset tervist enamgi kui töötuks jäämine. Eesti Tööelu uuringu järgi on ligikaudu viiendik töötajatest kogunud psühhosotsiaalseid terviseprobleeme nagu tööpingest põhjustatud vaimne või füüsiline kurnatus, tööd häirivat stressi või närvilisust (Masso ja Runkla 2011, 81).

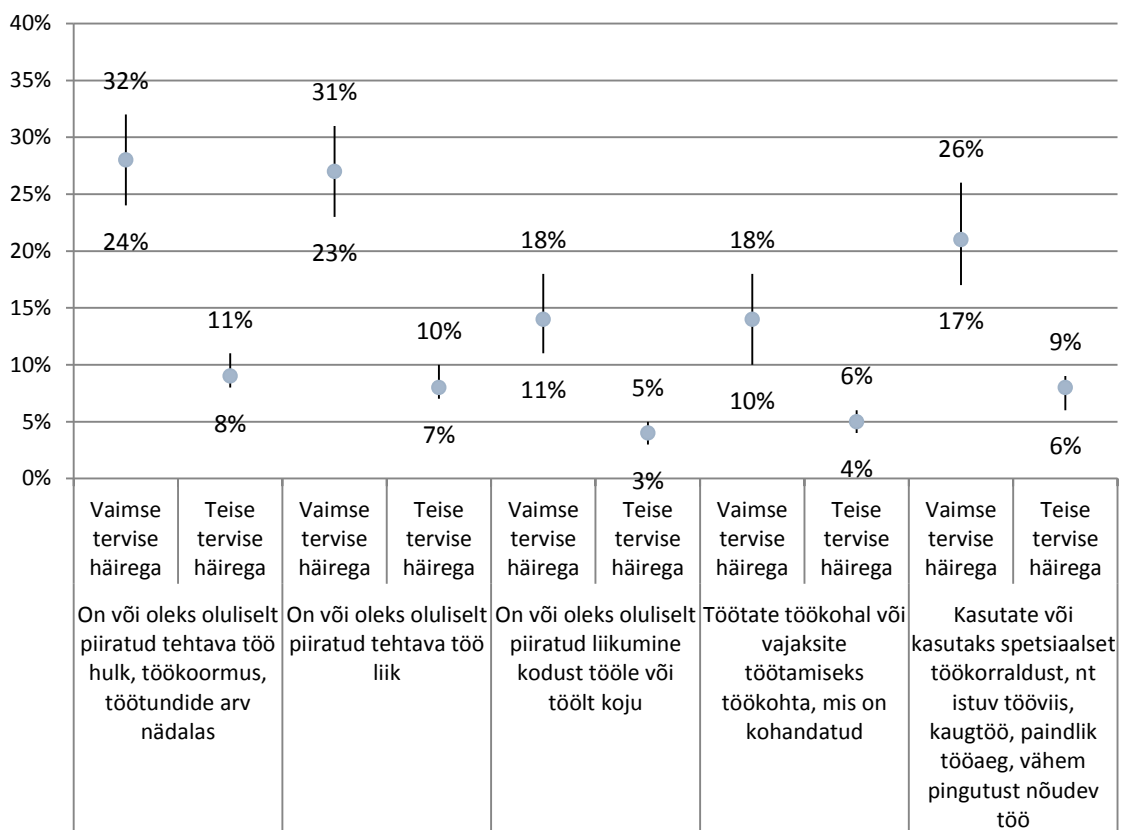
Vaimse tervise häirega inimeste tööelus osalemine võib olla ka takistatud seetõttu, et neil puudub juurdepääs neile sobivatele töötingimustele. Vaimse tervise häirega inimestel võivad olla piirangud kognitiivses, sotsiaalses, emotsionaalses või füüsilises funktsioneerimises, mis kõik võib takistada neil tööelus osalemist, kui töö, töötingimused ja töökeskkond ei ole nende järgi kohandatud (MacDonald-Wilson, Rogers, and Massaro 2003). Töötingimuste sobivaks muutmine lähtub sellest, et vaimse tervise häirega inimesed ei pörku tööellu integreerumisel üksnes vaimse tervise häirete sümptomitega vaid ka sotsiaalselt defineeritud rollide ja keskkonnaga (Gates and Akabas 2011, 376). Kirjandusülevaadetes (Pomaki 2010; McDowell and Fossey 2014; MacDonald-Wilson *et al.* 2002; Schultz, Winter, and Wald 2011) loetletakse erinevaid töötingimuste kohandamise viise, mida vaimse tervise häirega inimesed võivad vajada või mida neile tööturul pakutakse, sealhulgas töötaja kohandused, töökoha kohandused, juhtimise kohandused, tööülesannete kohandused jne (vt ka ptk 3.4 Töötingimuste kohandamine).

McDowell ja Fossey (2014) kirjandusülevaate järgi ei ole töö ja töökoha kohandamise nõudlust palju uuritud. Siiski on leitud, et vaimse tervise häirega inimesed, nt depressiooniga või sõltuvushäiretega inimesed saavad väiksema tõenäosusega töö või töökoha kohandamist kui füüsilise puudega inimesed. Autorite ülevaate järgi võib see tuleneda stigmast, töökoha kohandamise iseloomust, vaimse tervise seisundi avaldamata jätmisest või episoodilise mõjuga terviseseisundite järgi kohandamise keerukusest. Ülevaate järgi on vaimse tervise

häiretega inimestel kõige keerulisem läbi rääkida tööaja kohandusi, suhtlemist hõlbustavaid meetmeid ning töointervjuu või koolituse protseduuride muutmist.

Vaimse tervise häirega inimestel on keeruline valik – kas avaldada tööandjale oma terviseprobleemi kohta informatsiooni, et oleks võimalik saada tarvilik töö või töökohta kohandus ning et tööandjal oleks adekvaatne pilt töötaja töövõimest, või mitte avaldada tervise kohta informatsiooni, et vältida stigmat, ahistamist, diskrimineerimist, sealhulgas diskrimineerivat töötingimuste muutmist (nt töö tulemuslikkuse kontrollimise suurenemist) ja eeldada-loota, et vähemalt osaliselt on tarvilikke kohandusi on võimalik saada ka ilma seisundit avaldamata (Center 2011). Siinjuures näitavad varasemad uuringud, et tööandjad kohandavad tööd ja töökohta vaimse tervise probleemidega inimestele probleemi olemust selliselt teadvustamata-tähistamata, käsitledes selliseid muudatusi kui igapäevaseid töökorralduse ja töökeskkonna muudatusi, mis on tarvilikud töö organiseerimiseks (ingl „ways to get around“) (Mizzoni and Kirsh 2006). McDowell ja Fossey (2014) kirjandusülevaate järgi on tõendeid, et vaimse tervise häirega inimesed võivad kalduda otsima töökohti, mis vastavad nende vajadustele ja oskustele, et vältida vajadust oma tervisehäirest rääkida ning töökohta kohandamises läbi rääkida.

JOONIS 6. VAIMSE TERVISE HÄIREGA INIMESTE VAJADUS KOHANDATUD TÖÖTINGIMUSTE JÄRELE



Märkus: 15-64-aastane elanikkond; vaimse tervise häirega inimesteks loeti vastajad, kel enesehinnangu järgi on õpiraskused (lugemis-, õigekirja-, arvutamisraskused), ärevus, ängistustunne, depressioon või muud vaimsed, närvidega seotud või emotsionaalsed probleemid, mis on kestnud või tõenäoliselt kestab 6 kuud või kauem.

Allikas: Eesti Statistikaamet, Eesti Tööjõu-uuring 2011, OSA L Tervis ja töövõime; autorite arvutused

Vaimse tervise häiretega inimeste töötingimuste kohandamise ja kohandamise nõudluse kohta Eestis saab mõningad hinnangud anda ETU 2011 põhjal. Siinse töö autorite arvutuste järgi on vaimse tervise häirega inimestel suurem tunnetatud vajadus töötingimuste kohandamise järele kui teiste tervisehäiretega inimestel (vt [Joonis 6](#)). Käesoleva analüüsi raames läbi viidud intervjuude raames töövõimetus-pensionäridega kõlasid nii selliseid näited, kus tööandajad arvestasid töötaja seisundit, kui ka need, kus töötaja terviseseisundile kohandumist ei ole toimunud (vt kiil 3).

2.2.3. Stigma

Stigma, nii internaliseeritud kui ka avalik (ingl *self-stigma* ja *public-stigma*), on antud kontekstis eelarvamused, stereotüüpsed hoiakud ning nendega seonduv sildistamine, sotsiaalne tõrjumine, mis seonduvad vaimse tervise häirega või häire all kannatavate inimestega (Rüsch, Angermeyer, and Corrigan 2005). Kirjanduses arutletakse (nt Baldwin and Marcus 2011, 53, 56), et lisaks sotsiaalsetele, emotsionaalsetele ja kognitiivsetele vaimse tervise häirete karakteristikutele mõjutab osalemist ühiskonnas ka stigma, mis viib põhjendamatule ebavõrdsele kohtlemisele ja võimaluste ebavõrdsusele (s.o diskrimineerimisele). Autorite järgi (*ibid.*) seonduvad vaimse tervise häired teistest terviseprobleemidest enam stigmaga ning see stigma võib olla invaliidistavam (*disabling*) kui terviseseisund ise.

Baldwin ja Marcus (2011, 56–58) selgitavad stigmatiseerivaid hoiakuid atribuutsiooniteooriaga – vaimse tervise probleemidega inimestele omistatakse erinevaid omadusi, eelkõige seda, kuivõrd nad kontrollivad oma olukorda või kuivõrd on see nendest sõltumatu, kuivõrd nad on ohtlikud teistele inimestele, kui kompetentsed nad on tegema tööga, sotsiaalsete suhetega jne seotud otsuseid ning kui püsivad või muutuvad on nende terviseseisundid. Krupa jt (2009) identifitseerisid järgmised stigmaatilised eeldused ja hoiakud, mis võivad takistada inimeste osalemist tööelus: (1) vaimse tervise häirega inimestel pole pädevust töökohal tööülesannete täitmiseks ja sotsiaalsetele ootustele vastamiseks, (2) nad on vägivaldsed ning ohuks kaastöötajatele ja teistele inimestele töökohas, (3) vaimse tervise häired pole legitiimsed terviseprobleemid, mistõttu nende all kannatavail inimestel pole õigust erikohtlemisele, näiteks töökeskkonna kohandamisele, (4) töö teeb vaimse tervise probleemidega inimesed veel haigemaks, ning (5) häirega inimeste osalemine töös mõjutab organisatsiooni ja töökoha produktiivsust.

Corrigan ja Wassel (2008) eristavad stigmast rääkides avalikku stigma (*public stigma*), enese stigma (*self stigma*) ja sildistamisest hoidumist (*labeling avoidance*). Avalik stigma on seotud sellega, kuidas teised inimesed suhtuvad ja käituvad vaimse tervise häirega inimestega. Vaimse tervise häirega inimesed internaliseerivad avalikku stigmat, mis mõjutab inimesi nii kognitiivselt kui käitumuslikult. Näiteks, võib see mõjutada enesehinnangut, valmidust abi otsida, sealhulgas abi tervishoiu, sotsiaal- ja tööturuteenustest, eneseteostusega seotud püüdlusi, sh otsida tööd, olla iseseisvad, luua häid lähedussuhteid. Sildistamisest hoidumiseks võivad inimesed, kel ei ole veel diagnoositud terviseprobleemi, hoiduda probleemiga seonduvalt tervishoiuteenuste kasutamisest.

Seega mõjutavad erinevatele vaimse tervise seisunditele omistatavad omadused sotsiaalseid suhteid ja käitumist, sealhulgas töötaja ja tööandja, töötaja ja kaastöötajate aga ka abivajajate ja abistajate omavahelisi suhteid ja käitumist tööalase rehabilitatsiooni või tervishoiuteenuste osutamisel (ka töövõime hindamine võib olla stigmadest kantud ja stigmatiseeriv) (Rüsch, Angermeyer, and Corrigan 2005, 532).

Stigma negatiivne mõju on ka empiirilisel kinnitust leidnud. Sharac jt (2010) leiavad oma süstemaatilises kirjandusülevaates, et stigma mõjutab negatiivselt vaimse tervise häirega inimeste tööturuvõimalusi ja nende sissetulekuid, samuti avalikku arvamust ressursside jaotamise ja tervishoiukulude kohta. Kokkuvõtvalt leiavad nad, et stigmaga süsteemne tegelemine võiks olla ühiskonnale majanduslikult tasuv.

Kiil 3: Tööandja kohandumine töötaja tervises seisundile

/---/ Kõik teavad, et kui ma 2 nädalat telefoni vastu ei võta, siis nad ei helista mulle enam, siis nad ootavad nii kaua, kuni mina tagasi helistan. Aga ma olen päris paljudele klientidele tänu oma haigusele siis, nemad on saanud selgeks, et miks näiteks see teine mees ei võta nädal aega telefoni vastu. Et väga palju on olnud selles suhtes abi ka neile. /---/ Ütleme, et negatiivset nagu selles suhtes on olnud väga, väga, väga vähe. No muidugi ma pole ju käinud kuskil konkreetselt 8h tööandja juures. /---/ Ainuke, kes oli siis, see [ettevõtte nimi]. Mingi hetk /---/olin rivist väljas, siis ta muidugi teatas mulle, aga siis leidsime jälle mingi kompromissi, et okei kui mul on see, ma ei suuda isegi sõnumit saata ega mitte midagi, et kui ma juba 3 korda telefoni vastu ei võta siis sa tead, olen augus, kui välja tulen, siis helistan ise. Siukese kokkulepe ma nagu sain. Raske on selles suhtes, ma saan aru, et kui on kiire periood on, siis on autot vaja ja pole meest.

30ndates mees, kel depressiooniga seotult tuvastatud püsiv töövõimetus

K: Aga endal, kas on mingeid hirme, mõtteid, mis tööle minnes on, millega tööandja võiks arvestada.

V: No nagu ühes töökohas mul oli, et mitte sõimata, kui ma millegagi hakkama ei saa kiiresti, arvestada sellega, et mõni asi võib-olla läheb tõesti mul aeglasemalt. Mul on mingit puhkehetke vaja, et olla omaette, et saaks seda võimaldada. Näiteks kui poes töötasin nende klientidega, et mõned kliendid on väga ebameeldivad, et see ka mõjub. Mul tuleb meelde, et kui ma poes töötasin, siis graafik oli minu jaoks väga kurnav. Lühike ja pikk nädal, hommikul 9-st õhtul 9-ni tööpäevad, püstijala peal, siis tööandja vähendas mul koormust, kui nad said teada minu haigusest.

30ndates naine, kel on skisoafektiivse häirega seotult tuvastatud püsiv töövõimetus

tööhõivelõhe analüüsis, et kuigi suur osa lõhest on selgitatav produktiivsusega seotud teguritega, näiteks hariduse, funktsionaalsete piirangutega jne, siis ligi 12% (ärevushäirega inimeste puhul) kuni 28% (psühhootilised häiretega inimeste puhul) tööhõivelõhest on selgitamata ning viitavad põhjendamatult ebavõrdsele kohtlemisele.

2006. aasta Eurobaromeetri järgi (TNS Opinion & Social 2006, 45) on Eestis võrrelduna EL (25) keskmisega suuremal määral inimesi, kes arvavad, et psühholoogiliste ja emotsionaalsete terviseprobleemidega inimesed on ettearvamatud (vastavalt 76% ja 63%), kujutavad ohtu teistele inimestele (60% ja 37%), nad ei saa kunagi terveks (22% ja 21%) ning nad on ise oma terviseprobleemis süüdi (24% ja 14%). 2010 aasta Eurobaromeetris (TNS Opinion & Social 2010, 62) leiti, et Eestis on võrreldes muu Euroopaga enam inimesi, kes leiavad, et neil oleks raske suhelda tõsise vaimse tervise häirega inimestega (vastavalt 35% ja 22%). Arvatavasti on osa sellest erinevusest tingitud psüühika- ja käitumishäiretega seotud avalikust stigmast. Ka

käesoleva töö raames kirjeldasid mitmed intervjuueeritud oma kokkupuuteid stigmatiseeriva käitumisega (vt Kiil 4).

2.3. Töövõime hindamine

Kirjandusülevaadetes tõdetakse (Peer and Tenhula 2010, 175), et kuigi mõjusate ja efektiivsete töötamist toetavate meetmete välja töötamine on rohkelt tähelepanu pälvinud, siis täpsete ja usaldusväärsete instrumentide välja töötamine näiteks puude määramiseks, toetuste maksmiseks, tööalase rehabilitatsiooni plaanamiseks ja hindamiseks on oluliselt vähem tähelepanu pälvinud. MacDonald-Wilson Rogers, ja Anthony (2001) toovad oma kirjandusülevaates välja, et psühhiaatriliste puuete karakteristikud tekitavad töövõime hindamisel mitmeid probleeme. Autorite (*Ibid.*, 224) järgi on töövõime hindamine keerukas, kuna (1) vaimse tervise häired on episoodilised, korduvad ja ajas muutuvad, (2) vaimse tervise häired ja nende sümptomaatika on väga heterogeensed, (3) funktsioneerimiskiirangud on seotud sotsiaalse, emotsionaalse ja kognitiivse valdkonnaga, kuid need ei ole üks-üheselt ja tugevalt seotud tööturu väljunditega. Nii vanemates kui ka uuemates kirjandusülevaadetes (MacDonald-Wilson, Rogers, and Anthony 2001, 225; Rogers and MacDonald-Wilson 2010, 81; Cronin *et al.* 2013, 50) tõdetakse, et kuigi uuringud näitavad, et need tegurid on seotud tööturul osalemisega, ei ole see teadmine täpne, standardiseeritud ja üldiselt rakendatav töövõime hindamise instrumentaariumeis. Samuti leitakse Cronini jt (2013) töövõime hindamist käsitlevas kirjandusülevaates (ingl *scoping review*), et tähelepanu on tarvis pöörata situatiivsetele, s.o keskkonna ja ametialaga seotud aspektidele, sest vaid läbi individuaalsete tegurite ei saa töövõimet ennustada.

Vaimse tervise häirega inimeste töötamist toetavate meetmete alases kirjanduses paistab olevat konsensus, et ei ole head teadmist/parimat praktikat, kuidas hinnata vaimse tervise häirega töötajate funktsionaalseid võimeid ja piiranguid psühhosotsiaalsete ja füüsiliste töö(keskkonna) nõuete valguses ning seega on vaja olemasolevate üldiste instrumentide arendamist ja valideerimist. Lootustandvamatest lähenemistest ja instrumentaariumitest annavad ülevaate Rogers jt (2010, 82–83) ning Peer ja Tenhula (2010). Kuna Peer ja Tenhula analüüsisid süstemaatiliselt meetmeid, kõrvutades neid praktilisuse, reliaabluse, valiidsuse ja kõikehõlmavuse alusel, siis siinkohal keskendume eelkõige nende hinnangutele. Autorid käsitlevad üheksat situatiivseid hindamise meetodit (situational assessment), mis keskenduvad inimeste jälgimisele tegelikes või simuleeritud töösituatsioonides, et kirjeldada käitumist tööl, näiteks töö tulemuslikkust ja kvaliteeti, interaktsiooni töökohal jne, ning nelja soorituspõhist (*performance assessment*) meetodit, mis kirjeldavad osaleja sooritusvõimet või sotsiaalset kompetentsi väljaspool töökeskkonda standardiseeritud tööülesannete abil¹⁰. Lõpptulemusena leitakse, et erinevatel meetoditel oma tugevused ja nõrkused ning nende kasutamine peaks lähtuma eesmärgist, näiteks kas hinnatakse sotsiaalseid oskusi, kognitiivsetest oskustest tulenevaid tegevuspiiranguid, kas hinnanguid kasutatakse programmi tulemuste ja efektiivsuse analüüsiks, või tööalaseks rehabilitatsiooniks. Autorid tõdevad, et on tarvilikud on täiendavad arendused ja uuringud meetodite edasiarendamiseks ja rakendamiseks, et kasutada neid näiteks toetatud töö ja töökoha kohandamise meetmetes.

¹⁰ 9 situatsioonipõhist - Griffithsi tööraport (GWR- Griffiths Work Report), igakuine tööhindamise vorm (TMWEF- Thresholds Monthly Work Evaluation Form, töökäitumise ülevaade (WBI- Work Behaviour Inventory), töökäitumise kontrollnimekiri (WBC - Work Behaviour Checklist), üldine töökäitumise küsimustik (GWBQ- Generic Work Behaviour Questionnaire), kutsealaste oskuste ja soorituste skaala (OAPS- Occupational Abilities and Performance Scale), tööga kohanemise oskuste skaala (WASS- Work Adjustment Skills Scale), interpersonaalsete oskuste skaala (ISS- Interpersonal Skills Scale) ja kutsealane kognitiivse hindamise skaala (VCRS- Vocational Cognitive Rating Scale) ning 3 soorituspõhist- töövõimekuse hindamine (WCE- Work Capacity Evaluation), tööga seotud sotsiaalse kompetentsi rollimängu ülesanne (WRSC-RPT- Work Related Social Competence Role Play Task) ja Marylandi sotsiaalse kompetentsi hindamine kutsealastes olukordades (MASC-VOC- Maryland Assessment of Social Competence Vocational Scenes).

Kiil 4: Stigma puuetega inimeste praktikas

K: Te olete kokku puutunud sellise nagu stigmatiseerimisega?

V: Just.

K: Ja seda just niimoodi tööd otsides, kui te olete rääkinud oma tervisest?

V: Just. Nii kui küsiti, et invaliidsus, ei, meil on vaja normaalseid inimesi. Ma ütlesin, et kas te näete, et ma olen ebanormaalne. Ei näe ju. Aga võib-olla mul on väike defekt ja ma küsin, mul on invaliidsus, kas te võtate? Sest me ei jõudnud veel asja jutulegi, lihtsalt mulle kohe öeldi, et meil on vaja normaalseid inimesi. Need tööpakkujad, kes panevad neid kuulutusi, võiksid natuke mõelda mida nad ütlevad.

K: Et tegelikult nad võiksid olla natuke haritumad selles vallas. Ütleme, teie seas võib olla väga väärtuslikke inimesi.

V: Ja mis veel, me oleme nagunii väga tundlikud. Ma usun, kõik invaliidid on väga tundlikud, sest meil on psüühika juba natuke teistsugune kui terve inimene, tema teab. Näiteks, mul küsiti, et rongiga sõita. Mul on foobia. Ma ei saa rongiga. Ma ei julge enam rongi peale minna, sest kunagi pidid rongijuht ja vedurijuht ja see abi ja vagunisaatja mind rongist välja tirima, sest ma ei saanud rongist välja. Seal see suur vahe ja lumi tuli maha, libe, ja seda platvormi seal ei olnud, neil platvormi oli keegi ära varastanud ja ma ei saanud üle astuda, kõik rongist välja läinud, kõik inimesed, mina üksi. Mees karjub seal platvormi peal, et kas sa kavatsed siia jäädagi või? Muidugi tema läks paanikasse, mina olen paanikas, mina juba nutan. Ja siis vedurijuht ja need nägid, mis asja ma ometi vehin seal ukse vahel. Ja siis tulid ja lihtsalt tõmbasid mind rongist välja ja kõik. Nüüd on foobia, ma enam rong... Nüüd on küll väiksed vahed, aga ma enam rongi ei lähe.

50ndates naine, kel on seoses peaajuinfarkti jääknähtude ja paanikahäirega määratud püsiv töövõimetus

Kirjanduses (Andersen, Nielsen, and Brinkmann 2014) on ka leitud, et see, kuidas vaimse tervise häirega inimesed kogevad hindamist, erineb. Inimesed, kes kogesid hindamist positiivse kogemusena, tundsid, et see annab nende kaootilisele ja ebakindlale olukorrale struktuuri ja suuna, annab teadmisi ja aitab mõista nende situatsiooni ning aitab aru saada, kuna ja kuidas tööle naasta. Samas võib aga negatiivne kogemus tekitada frustratsiooni ja ebakindlust.

Läänemaailma sotsiaalkindlustussüsteemides rakendatavaid hindamisinstrumente teaduskirjandus ei käsitle. Põgusa ülevaate aga annab nendest OECD Vaimse tervise ja töö projekt (vt *The OECD Mental Health and Work Project*; OECD 2015). Projekti esimeses raportis (OECD 2012b, 34–35) leitakse, et OECD riikide sotsiaalkaitsesüsteemides ning eriti puude hüvitise süsteemides näib töövõime hindamine ja toetuste maksmise reeglistik mitte arvestavat vaimse tervise häiretega ja nende muutuva iseloomuga. Leitakse, et vaadeldud riikides keskenduvad hindamise protseduurid füüsilistele tervise seisunditele ning hindajateks on spetsialistid, kel ei ole piisavalt teadmisi vaimse tervise häiretest (OECD 2014, 70). Samuti ei arvestata hindamisel, et vaimse tervise häirega inimeste rühm on väga heterogeenne, hõlmates nii inimesi, kellel

diagnoosi järgi on tõsine vaimse tervise häire, kuid kel pole olulist tegevus- või funktsioneerimispiirangut, ning inimesi, kel on kergem diagnoos, kuid oluline tegevuspiirang (OECD 2013b, 97).

OECD (2012, 158) järgi ei ole osades riikides (nt Rootsi, Norra) vaimse tervise või funktsioneerimise hindamise instrumentariumis selget üksikasjalikku vaimse tervise hindamise komponenti. Mõnedes riikides (nt Holland, USA, Austraalia) on kasutusel kahjustuse või piirangute loetelud, osades riikides (Austria, Šveits) kasutatakse psühholoogilist testimist, ning osades riikides hinnatakse vaimset funktsioneerimist nn ressursi profiilide (Taani) või võimete hindamise (UK) kaudu. Viimaseid on esitletud ka kui „parimat praktikat“, sest need püüdlevad tervise ja diagnoosi keskselt lähenemiselt töövõime keskselle lähenemise. Samas näevad hindamismetoodika rakendajad ja hindajad neis riikides olulisi metodoloogilisi väljakutseid. Taanis juurutati ressursi profiilide (ingl *resource profile*) süsteem 2003. aasta reformiga. Instrument kirjeldab inimese ressursse ja takistusi, hõlmates (1) haridust ja oskusi, (2) töökogemust, (3) huvisid, (4) sotsiaalseid oskusi, (5) kohanemisevõimet, (6) õppimisvõimet, (7) töö eelistusi, (8) ootusi produktiivsusele, (9) töö identiteeti, (10) elamiskohta ja rahalisi vahendeid, (11) sotsiaalset võrgustikku ja (12) tervist (OECD 2013a, 100). Selle hindamissüsteemi juurutamine aga ebaõnnestus keerukuse ning rakendamise probleemide tõttu; sealhulgas oli probleeme vaimse tervise häiretega inimeste töövõime hindamisel, kuna see toimus jätkuvalt füüsilise suutlikkuse keskselt (*Ibid.*, 100). 2010-2012 toimus aga eksperiment, kus töövõimet hinnati lihtsama tööle naasmise intervjuu ja töövõime hindamise instrumentariumiga multidistsiplinaarsete tööle naasmise meeskondade poolt, mis hõlmasid muuhulgas psühholooge ja psühhiaatreid (*Ibid.*, 101-102). Meetodi esialgne järelanalüüs näitab, et selle instrumentariumi kasutamine lühendab terviseprobleemi tõttu töölt puudumist ja suurendab tööle naasmise tõenäosust (Aust *et al.* 2012; OECD 2013a, 103). (Samas ei olnud see hindamine vaimse tervise häirega inimeste keskne.)

Ühendkuningriigis hakati töövõime hindamise süsteemi (*work capability assessment*) rakendada 2008. aasta reformi järel, hindamine hakkas keskenduma sellele, mida inimene suudab teha, ega keskendunud enam sellele, mida inimene ei suuda teha (OECD 2014, 39). Disaini järgi peaks metoodika arvestama (1) vaimse tervise häirete ja sellest tulenevat töövõimetuse heterogeensust, (2) arvestama, et diagnoos võib ühes küljest küll kirjeldada funktsionaalset suutlikkust, kuid teisest küljest stigmatiseerida või omistada neile võimekusi, ning (3) arvestama häirete varjatud loomust ning ajas varieeruvust (Litchfield 2013, 67). Samas leitakse aga, et see süsteem ei ole vaimse tervise häirega inimestele piisavalt kohandatud ning see võib seada vaimse tervise häirega inimesed ebasoodsamasse olukorda, mistõttu on süsteem jätkuvalt hindamises ja arendamises (OECD 2014, 70; Litchfield 2013, 67).

OECD riikide süsteemidele kokkuvõtvat hinnangut andes järeldavad OECD (2012, 208) autorid, et paljud halvenenud vaimse tervisega seotult puudetoetuse taotlejad jäävad liiga kiiresti ja liiga pikaks ajaks asendussissetuleku lõksu ning selle vältimiseks tuleks riikides paremini hinnata vaimse tervise häirega inimeste probleeme, mis on tüüpiliselt kompleksed, kooseksisteerivad ja kroonilised, ning paremini identifitseerima vaimse tervise häirega inimeste töövõimet ja abivajadust. Usaldusväärset töötavat ja Eestisse üheselt ülekantavat töövõime hindamise viisi OECD riikide analüüsile ja teaduskirjandusele toetudes ei ole võimalik esile tõsta.

3. Meetmed vaimse tervise häirega inimeste tööelu toetamiseks

Selles peatükis antakse eelretsenseeritud teaduskirjanduse põhjal ülevaade vaimse tervise häirega inimeste töötamist toetavatest tõendus põhjustest meetmetest. Töötamist toetavate meetmete eesmärk on võimaldada töösuhte jätkumine, tööle naasmine pärast töökatkestust või sobivale tööle asumine. Siinjuures keskendutakse kitsalt meetmetele, mis ennetavad või ületavad just vaimse tervise häirega inimeste tööelus osalemise takistusi ning pigem ei käsitleta üldisemaid, laiemale sihtrühmale suunatud töötamist toetavaid meetmeid, näiteks palgatoetust vmt meetmeid, mille puhul ei saa eeldada meetme kohandamist või rakendamist spetsiaalselt vaimse tervise häiretega inimeste sihtrühmale.

Ülevaate koostamiseks viidi läbi eelretsenseeritud teaduskirjanduse otsing, mille meetodika on kirjeldatud lisas 1. Eelretsenseeritud teaduskirjandusele keskendumine peaks tagama, et valitud kirjandus on sisuliselt ja meetodiliselt kõrgetasemeline. Süstemaatiline otsing ja sirvimine peaks pakkuma läbipaistvat ja põhjustatud ülevaadet olemasolevast teadmisest.

Ülevaate tulemuste esitamisel kasutatakse tööelus osalemist toetavate meetmete tinglikku jaotamist kolmeks vastavalt sellele, kas need on suunatud ainult või eelkõige töötajale, kas need on tööandja poolt rakendatavad meetmed töötajaskonna riskide maandamiseks või on välise osapoole poolt tööandja võimestamisele või motiveerimisele suunatud meetmed, mis võimaldaks tööandjal vastata paremini tänaste või potentsiaalsete töötajate vajadustele tööelus osalemiseks. Töötajaid võimestavate meetmete eesmärgiks on toetada vaimse tervise häirega inimest selliselt, et ta oleks võimeline jätkama töötamist naastes oma senisele töökohale või siirduma hõivesse. Tööandjale suunatud meetmed keskenduvad tööandja suutlikkuse tõstmisele, et aidata tal kohanduda vaimse tervise probleemidega inimesele. Tööandja poolt osutatavad meetmed hõlmavad eelkõige ennetavaid tegevusi ja teisi riske maandavaid meetmeid, millega tööandja püüab tagada olemasolevate töötajate töövõimelisuse. Täiendavalt eristatakse nn kompleksmeetmeid, mille puhul nimetatud eristuse tegemine oleks tugevalt hinnanguline.

3.1. Töövõimekao ennetamine töökohal

Esmane sekkumine vaimse tervise probleematikasse töökohal on ennetada häirete teket ja kordumist. Töökohta peetakse heaks vaimse tervise häirete ennetamise tasandiks, kuna (1) suur osa elanikkonnast on hõives, (2) töökoha psühhosotsiaalne keskkond võib mõjutada vaimset tervist, (3) töökoha meetmed võivad vähendada nii psühhosotsiaalseid riskitegureid kui ka arendada toimetulekuoskusi, (4) töökoha meetmed võimaldavad ennetamise kulu jagada ettevõtete ja avaliku sektori vahel (Tan *et al.* 2014, 1–2).

Kirjanduses käsitletakse mõneti erinevalt tööga seotud stressi ennetamist ning vaimse tervise häirete ja seonduva töövõime kao/puude ennetamist. LaMontagne jt (2007) süstemaatilise kirjandusülevaate järgi on küll rohkelt välja mõeldud ja rakendatud meetmeid tööstressi ennetamiseks ja lahendamiseks, kuid valdavalt ei ole neid meetmeid meetodiliselt ja süstemaatiliselt hinnatud, mistõttu pole ka kindlat teadmist, millised sekkumised ja miks töötavad või ei tööta. Siiski toovad autorid välja, et indiviidile ja organisatsioonile keskenduvate meetmetega, mis vähendavad psühhosotsiaalseid stressoreid ning annavad töötajatele oskusi stressoritega ja stressiga toimetulekuks, on võimalik stressi nii ennetada kui ka maandada. Richardson ja Rothstein (2008) leiavad oma metaanalüüsis, et on vähe hinnatud organisatsiooni tasandi meetmete (nt rollikonfliktide vältimine, toimetuleku oskuste parandamine jmt) tulemuslikkust ja efektiivsust ning organisatsiooni tasandi meetmete hindamine on meetodiliselt problemaatiline, kuid analüüsi järgi on kognitiiv-käitumuslikud programmid mõjusamad kui organisatsioonilised meetmed, mille mõju on väga tagasihoidlik. Bamra jt (2007) ja Egan jt (2007) toovad oma süstemaatilistes kirjandusülevaadetes välja, et

töökorralduse meetmed, mis suurendavad töötaja kontrolli ja nõudmise tasakaalu, ennetavad mõningal määral stressiga seotud terviseprobleeme.

Esmane preventiooni töökohal hõlmab kirjanduse järgi haridust, teadlikkuse tõstmist, oskuste treenimist ja töökoha vaimse tervise probleemide riskide juhtimist. Teised meetmed hõlmavad varajast vaimse tervise probleemide identifitseerimist ning varajast sekkumist, ennetamaks püsiva või pikaajalise puude tekkimist (Schultz *et al.* 2011, 367). Siiski järeldavad Gallie jt (2011, 305) oma kirjandusülevaates, et tööandja juhitud töökoha meetmed vaimse tervise häirete ennetamiseks on varases arengu- ja rakendusjärgus ning napib meetodiliselt rangeid analüüse nende tulemuslikkuse kohta. Samuti näib empiirilises teaduskirjanduses olevat ülekaalus analüüsid, mis keskenduvad depressiooni ennetamisele töökohal. Dietrich jt (2012, 2) selgitavad seda depressiooni suhteliselt suure levimusega võrreldes teiste vaimse tervise häiretega, selle suure majandusliku koormusega ning selle suhtelise mõjutatavusega võrreldes mitmete teiste vaimse tervise häiretega.

Corbière jt (2009) süstemaatilises kirjandusülevaates keskendutakse esmastele ja teistele sekkumismeetmetele vaimse tervise probleemide ennetamiseks töökohal. Ülevaate järgi hõlmasid meetmeid käsitlevad artiklid valdavalt oskuste arendamist, mis aitaks maandada või ületada võimalikke organisatsiooni riskitegureid, nt töö organiseerimise, töökliima parandamise, psühhosotsiaalse keskkonna kujundamise, vaimse tervise teadliku kujundamise, kognitiivsete oskuste arendamise, stressi juhtimise jmt kaudu. Autorite järgi on piiratud tõendeid, et meetmetega on võimalik stressi ja seonduvaid vaimse tervise probleeme ennetada.

Tan jt (2014) keskenduvad oma kirjandusülevaates teaduslikult testitud (ingl *randomized controlled trials*) depressiooni ennetamise meetmetele töökohas. Kirjandusülevaate artiklites hinnatakse stressi juhtimise programme, vaimse tervise teadlikkuse või tervisedenduse-hariduse programme, vaimse tervise esmaabi programme, vaimse tervise häire aktsepteerimise ja sellega toimetuleku programme. Süstemaatilise kirjandusülevaate põhjal järeldavad autorid, et kõiki töökoha töotajaid katvad depressiooni ennetamise meetmed on mõjusad depressiooni sümptomite vähendamisel. Tõendusmaterjali on eelkõige kognitiivse teraapia meetmete tõhususe kohta. Varasemas kirjandusülevaates leidsid Dietrich jt (2012) mitmeid artikleid, mis käsitlevad depressiooni ennetamist, kuid nende teadusliku hindamise kriteeriumitele vastab vaid üks meede – Prantsusmaa tervisedenduse programm APRAND. See kompleksmeede hõlmab sõeluuringut, psühhoõharidust/patsiendiõpet (*psychoeducation*) ja soovitusi konsulteerida psühhiaatriga või töötervishoiuarstiga häire sümptomite ilmnemise korral. Analüüsi järgi oli see meede tulemuslik töötajate depressiooni vähendamiseks ja depressioonist paranemiseks.

Martini jt (2009) kirjandusülevaates keskendutakse depressiooni ja ärevushäirete keskselt töökoha tervisedenduse meetmete mõjule. Metanalüüsi tulemusena leiavad nad, et nii töökoha tervisedenduse meetmed, mis keskenduvad vaimsele tervisele, kui ka vaimse tervise riskifaktoritele on väike positiivne mõju psüühika- ja käitumishäirete sümptomitele. Analüüsi järgi oli tugevama mõjuga stressi juhtimise programm, mis hõlmas ärevushäire hindamist ja kognitiivset teraapiat ning probleemi tunnistamise ja toimetulekuvõimet parandav programm. Couser (2008) leiab oma kirjandusülevaates, et depressiooni saab ennetada arendades töötajate toimetuleku ja stressi juhtimise oskusi, tehes sõeluuringuid töötajatele, kellel on ilmnenud mõni riskitegur (nt liigne muretsemine töö tulemuslikkuse pärast), parandades vaimse tervise alast nn lugemisoskust, ning parandades töö ja eraelu ühitamise võimalusi. Siiski leiab autor, et meetmete tulemuslikkus ja rakendamine vajab täiendavaid uuringuid.

Vaimse tervise häirete suurimaks riskiteguriks töökohal on läbipõlemine (Awa, Plaumann, and Walter 2010). Oma süstemaatilises kirjandusülevaates toovad autorid välja isiku tasandi meetmed (*person directed*), mis hõlmas kognitiiv-käitumuslikku treeningut, psühhoterapiat, nõustamist, kohanemisoskuste treeningut, suhtlemisoskuste treeningut, sotsiaalset tuge, lõdvestusharjutusi, muusika tegemist; organisatsiooni

tasandi meetmed (ingl *organization directed interventions*), mis hõlmavad tööprotsessi restruktureerimist, tööhindamist, töötulemuste hindamist, töö vahetuste kohandusi ning kombineeritud meetmeid. Oma metaanalüüsis leidsid autorid, et suurem osa meetmetest vähendasid läbipõlemist, kusjuures kombineeritud meetmete puhul oli positiivne mõju kauakestvam.

3.2. Töötaja tööhõivevõime tõstmine

Kirjandusülevaadetes (vt näiteks Corbière and Lecomte 2009, 39) eristatakse kahte, ajalooliselt välja kujunenud lähenemist vaimse tervise häirega inimeste aitamisel töötusest või mitteaktiivsusest hõivesse – koolita-siis-suuna-tööle (*train then place*) ja suuna-tööle-siis-koolita (*place then train*) lähenemist. Kirjanduses nimetatakse neid lähenemisi tüüpilisemate teenuste järgi ka vastavalt kaitstud tööks ja toetatud tööks. Siinjuures peaks osade autorite järgi käsitlema neid kui katkematut teenuste ahelat, milles vaimse tervise häirega inimene vastavalt oma takistustele ja vajadustele osaleb; osad autorid eristavad neid kui traditsioonilist ja uuemat lähenemist (*Ibid.*, 44).¹¹ Tõenduspõhiseks meetmeks peetakse eelkõige suuna-tööle-siis-koolita lähenemist.

OECD (2012a, 93) järgi on koolita-siis-suuna-tööle programmide (nimetatud ka kui traditsiooniline kutsealane rehabilitatsioon (*vocational rehabilitation*)) eelduseks see, et vaimse tervise häirega inimesed vajavad järk-järgulist tööle asumist koos oskuste ja kogemuste omandamisega. Järkjärguline tööalane rehabilitatsioon hõlmab inimese oskuste, kompetentside, toimetulekstrateegiate hindamist, oskuste ja kompetentside arendamist, kaitstud töötamist, so tööturukonkurentsile mitte avatud töötamist, üleminekutööd, töö otsimist avatud tööturul ning tööle asumist ja töö säilitamist avatud tööturul (Corbière and Lecomte 2009, 39). Oma kirjandusülevaates eristavad Corbière ja Lecomte (2012) kaitstud tööd, üleminekutööd, töötamist sotsiaallettevõtetes (vt ka **Tabel 8**). Autorite järgi on kaitstud töö mõeldud pigem raske vaimse tervise häirega inimestele, kelle funktsioneerimisvõime on piiratud ning kes pole valmis avatud tööturule integreeruma enne tööks vajalike baasoskuste ja kompetentside arendamist. Kaitstud töökohtadel luuakse turvaline töökeskkond, mis tähendab, et inimesed ei konkureeri töökohal teiste töötajatega ning aktsepteeritakse erinevat ning madalat töö tulemuslikkust. Siinjuures võib erinevatel teenustel või erinevatel osalejatel olla erinev eesmärk, sealhulgas teraapia, rehabilitatsioon või töö tulemuslikkuse tõstmine. Kaitstud töökohtadel tehtav töö on valdavalt lihtne, ka monotoonne. Kuigi eelduste järgi peaks see olema ajutine etapp tööle saamisel või naasmisel, siis ajalisi piiranguid valdavalt ei seata, mis võib mõjutada ka avatud tööturule integreerumist.

Üleminekutöö (*transitional programs*) hõlmab programme, kus tõsise vaimse tervise häirega inimesed osalevad tõistes ning töö järgi organiseeritud tegevustest, et suurendada töömotivatsiooni, tööalast enesekindlust ja iseseisvust (Corbière and Lecomte 2009, 41). Autorite ülevaate järgi räägib teenuseosutaja töötamise tingimused läbi tööandjaga ning tavaliselt hõlmab see lihtsaid, osaajaga ja vahetustega kogukonnatööd erinevate tööandjate juures ja erinevatel töökohtadel. Sotsiaalseid ettevõtteid käsitletakse kui vaheetappi töötamisel kaitstud töökohal ja töötamisel tööturu konkurentsile avatud töökohal (*Ibid.*, 41). Autorite järgi hõlmab see sarnaselt üleminekutööle töötamise kogemuse ja kompetentside arendamist, oskuste andmist/arendamist ning töötamise juhendamist. Selle meetme eripäraks on see, et töökohad on loodud sotsiaalsetes ettevõtetes.

¹¹ Mõnevõrra teistsuguse lähenemise meetmete rühmitamisele toob oma kirjandusülevaates välja Krupa (2011), kes eristab (1) toetatud tööd, mille eesmärk on aidata inimesed tööle avatud tööturule, (2) kogukonna majandusarengu lähenemist (ingl *community economic development*), mis proovib kogukonna majanduse arendamisega ületada avatud turu individualismist, konkurentsist, kasumile orienteeritusest tulenevat puuetega inimeste sotsiaalset tõrjutust, ning (3) lähenemist, kus töökohti puudega inimestele luuakse vaimse tervise süsteemis, lähtudes eeldusest, et vaid süsteem, kus on hõivatud puudega inimesed, on nende vajaduste suhtes osavõtlilikud.

TABEL 8. TÖÖTAJA TÖÖHÕIVEVÕIME TÕSTMISE MEETMED CORBIERE JA LECOMTE'I KÄSITLUSES

Kaitstud töö	Üleminekutöö	Sotsiaalsed ettevõtted	Toetatud töö
<ul style="list-style-type: none"> • Töötamise harjumise arendamine • Läbikukkumiste sallimine • Juhendamine töökohal 	<ul style="list-style-type: none"> • Päriseluline töökogemus algtaseme töökohal • Tööülesannete täitmine nn põhitöötaja kõrval • Osaajaga või ajutine töö • Läbikukkumiste sallimine • Juhendamine töökohal • Töötajaid julgustatakse osalema teistes tegevustes 	<ul style="list-style-type: none"> • Keskendub autonoomiale ja iseisvatele algatustele, samas edendab koostööd töö juhtimisel • Keskendub inimestevaheliste suhtlemisostkuste arendamisele • Arendab ja tugevdab kutsealast identiteeti • Edu on ülekantav ka teistele ettevõtetele. 	<ul style="list-style-type: none"> • Töökoha valik põhineb kvalifikatsioonil ja inimese eelistustel • Integreeritud taastusravi ja rehabilitatsiooniga • Toetuste alane nõustamine • Eesmärk on konkurentsivõimeline tööhõive ilma eelneva pikaajalise tööalase koolitusega • Tähelepanu on inimese vajadustel ja eelistustel • Kiire tööotsing • Pidev ja põhjalik hindamine • Ajapiiranguteta toetamine • Edu- ja rahulolude tugevdamine oskuste arendamisel ja toetamisel • Töökoha kohandamine, sotsiaalne tugi töökohal

Allikas: Corbiere ja Lecomte (2009, 42)

OECD (2012a, 93) järgi peetakse kaitstud töö programmide suurimaks puuduseks, et omandatavad oskused ja kogemused on harva rakendatavad avatud tööturul, mistõttu jääb selle positiivne mõju vaid kaitstud keskkonna keskseks. Kuigi need teenused võivad kindlasti sobida osadele vaimse tervise häirega inimestele, siis sellised teenused on väga vähesel määral teaduslike meetoditega hinnatud. Seetõttu ei ole piisavalt tõendeid nende meetmete tulemuslikkuse kohta (*ibid.*). Siiski võib Maciase jt (2001) analüüsi näitel olla koolita-seejärel-suuna-tööle programmidel toetav mõju vaimse tervise häirega inimeste hõivesse aitamisel.

Alternatiivne lähenemine hõivesse aitamisel on suuna-tööle-siis-koolita lähenemine (ingl *place then train*), mille eesmärgiks on toetada vaimse tervise häirega inimeste siirdumist tavapärasele tasustatud tööle avatud tööturul. Inimesel aidatakse leida töökoht avatud tööturul, kus hakkab toimub töötamiseks vajalike oskuste,

kompetentside omandamine ja töötamiseks vajalike toetavate teenuste pakkumine (Corbière and Lecomte 2009, 6). OECD (2012a, 94) järgi on toetatud töö:

- erinevalt paljudest teistest teenustest teadmiste põhised välja töötatud ning korduvalt hinnatud;
- see lähtub eeldusest, et vaimse tervise häirega inimesed on võimelised töötama tavalistel töökohtadel;
- tunnustab nii tervise seisundit ja selle tagajärgi kui ka tarvidust keskenduda tööhõive küsimustele;
- tegeleb otseselt tervishoiu ja tööhõive teenuste integreerimisega;
- nihutab fookuse tervishoiusüsteemilt tööhõivesüsteemile.

Bondi (2004) kirjandusülevaate põhise kirjelduse järgi on selle meetme kriitilisteks teguriteks keskendumine konkurentsivõimelise tööhõive saavutamise, kvalifitseerumise vastavalt inimese enda vajadustele ja valikutele, kiire töötamine ja tööle asumine ning teiste teenustega integreerumine.

Toetatud töö tulemuslikkust on teaduslikult rohkelt analüüsitud. Marshall jt (2014) toetatud töö analüüside metaanalüüsi järgi¹² on see efektiivne tööturumeede, mis seondub suurema konkurentsivõimega tööturul, kiirema tööturule siirdumisega, täishõive ja pikema hõivega ning kõrgema töötasuga. Toetatud töö programmides osalenute keskmine konkurentsivõimelise tööhõive määr on olnud vahemikus 58-60% programmides mitteosalenute 23-24% kõrval (*Ibid.*, 18). Analüüsides on leidnud kinnitust ka individuaalsete komponentide tulemuslikkus – mõjus on kutseõppealaste ja tervishoiuteenuste integreerimine, inimese enda eelistuste arvestamine, kiire töötamine ja nn mitte-väljastamine (*Ibid.*, 20). Sarnaselt leiavad Luciano jt (2014) oma süstemaatilises kirjandusülevaates, et toetatud töö on kõige mõjusam ja kuluefektiivsem meede, mis aitab vaimse tervise häiretega inimestel siirduda ja jääda hõivesse, ning see mõjutab ka kliinilisi, sotsiaalseid ja majanduslikke näitajaid.

Toetatud tööd on rakendatud mitmetes Euroopa riikides. Fioritti jt (2014) ülevaate järgi on Ühendkuningriigis, Hollandis ja Itaalias leitud, et see meede on kohalikes oludes rakendatav, on mõjus ja aitab vaimse tervise häirega inimestel leida tööd tööturul. Samuti leiavad Knapp jt (2013) Euroopa-keskses meetmete hindamises, et toetatud töö on kuluefektiivsem kui standardne koolita-siis-suuna-tööle meede.

Mõjuanalüüsides on käsitletud ka toetatud töö erinevaid aspekte. Meetme üheks põhimõtteks on, et see peaks olema kättesaadav kõigile vaimse tervise häirega inimestele, kes soovivad töötada¹³, sõltumata tema puude raskusastmest, sümptomitest, töökogemusest (ingl *zero exclusion criteria*). Siinjuures leiavad Campbell jt (2011) oma metaanalüüsis, et sõltumata demograafilistest, kliinilistest või tööelu karakteristikutest on toetatud töö tõhusam avatud tööturule aitamisel (sh töö leidmine, töökoha säilitamine ja töösuhte kestus) kui teised programmid.

OECD (2012a, 159) järgi on piiratud tõendid, et vaimse tervise häirega inimesed võivad olla aktiivse tööturupoliitika meetmete riskirühmaks. Raportis tuuakse Belgia ja UK näiteks riikidest, kus vaimse tervise häirega inimesed on meetmetes alaesindatud – kuigi vaimse tervise häirega inimesed moodustavad ligi kolmandiku uutest töövõimetushüvitise taotlejatest, osaleb sellest grupist alla 10% erinevates teenustes-programmides. Taanis ja Norras, kus vaimse tervise häirega inimeste tööelus osalemine on rohkem tähelepanu leidnud, sellist alaesindatust ei ole. Alaesindatus võib tuleneda nii valmisolekust tööle asuda kui ka teenuse pakujate (stigmatiseerivatest) eeldustest vaimse tervise häirega inimeste töövõime ja

¹² Sellel kümnendil on ilmunud veel kaks süstemaatilist kirjandusanalüüsi (Kinoshita *et al.* 2013; Heffernan and Pilkington 2011; K. Campbell, Bond, and Drake 2011), mis keskenduvad toetatud töö mõjule

¹³ Campbelli jt (2011, 377) järgi on toetatud tööd kritiseeritud seetõttu, et see piirdub vaid inimestega, kes soovivad töötada; samas lükkavad autorid selle väite ka ümber, kuna hea tava järgi hõlmab meede ka motiveerimist ja julgustamist teenusesse suunamisel.

abivajaduse kohta. OECD (2012a, 167) autorid tõdevad, et kuna toetatud töö teenus on väga ressursi- ja tööjõumahukas, on selles teenuses osalenud vähemal määral inimesi ka neis riikides, kus teenuse osutamisel on pikemad traditsioonid.

Bond jt (2001, 317–318) toovad oma kirjandusülevaates välja toetatud töö rakendamise võimalikud takistused: toetatud töö nõudlus on suurem kui pakkumine, administraatorid, sh tervishoiuteenuste osutajad ei ole sageli motiveeritud teenust osutama, kuna eeldatakse, et vaimse tervise häirega inimesed ei ole motiveeritud töötama, ja alahinnatakse tööturu teenuste (ingl *vocational services*) tarvilikkust. Samuti on teenuseosutajatel sageli puudu oskustest ja teadmistest teenuste osutamiseks antud sihtgrupile ning klientide ja nende lähendaste piiratud teadmised ja ettekujutused teenusest võivad mõjutada ka valmidust teenustes osaleda. Van Erp jt (2007) leiavad Hollandi toetatud töö programmide rakendamise analüüsis, et toetatud töö programmide rakendamist takistavad (1) organisatsiooni standardite puudumine, (2) hõivespetsialistide puudus, (3) rahastamine, (4) piiratud aeg, (5) puudulik koostöö organisatsioonide vahel; samas leitakse, et spetsialistide oskused ja pühendumus ning tööhõive ja vaimse tervise spetsialistide koostöö on olulised meetmete rakendamist soodustavad tegurid.

Drake jt (2006) arutlevad kirjandusülevaate põhjal, et erinevused toetatud töö programmide tulemuslikkuses tulenevad tööhõive spetsialistide erinevast ettevalmistusest, mistõttu võiks teenuse standardiseerimine parandada teenuse rakendamist ja tulemuslikkust. Whitley jt (2010) leiavad kvalitatiivse analüüsi põhjal 8 isikukeskset faktorit, mis peaks spetsialistide tulemuslikkus mõjutama: (1) algatusvõime, (2) *outreach*, (3) järjekindlus, (4) vastupidavus, (5) empaatia, (6) kirglikkus (7) orienteeritus meeskonnatööle ja (8) professionaalsus. Taylor ja Bond (2014) leidsid oma empiirilises analüüsis, et tööhõive spetsialistide tulemuslikkus toetatud töö teenuse osutamisel erineb oluliselt ning spetsialistide kompetentsid võivad oluliselt mõjutada teenuse tulemuslikkust. Ka Corbière jt (2014) leidsid oma empiirilises analüüsis, et spetsialistide kompetentsid mõjutavad meetme tulemuslikkust, kusjuures kõige tugevamalt prognoosib edukust oskus luua suhe tööandjatega ning kliendikeskse toe pakkumise oskus.

TOETATUD TÖÖ JA HARIDUS

Toetatud töö on oma iseloomult integreeritud teenus, mis vajadusel hõlmab ka selliste oskuste arendamist, mis kaudsemalt toetavad tööülesannete täitmist. Siinjuures on leitud, et toetatud töö programmid, mis lõimitult arendavad vaimse tervise häirega inimeste oskusi, on tulemuslikumad. On leitud, et programmid, mis arendavad ka kognitiivseid (*thinking skills for work*) ja sotsiaalseid oskuseid, on tulemuslikumad, sest neis osalenud on hiljem suurema tõenäosusega hõives, neil on pikem tööaeg, töösuhe on kestvam ning töötasu on suurem (Arbesman and Logsdon 2011, 242). Samuti on leitud, et tööga seotud sotsiaalsete oskuste nagu näiteks töö otsimise oskuse ja situatiivse õppimise arendamine toetatud töötamise ajal on vajalik ning mõjus (Corbière and Lecomte 2009, 44).

Samas on kirjanduses toetatud töö ühe puudusena toodud välja (vt nt Rudnick *et al.* 2013), et sel on laeefekt (*ceiling effect*), mille tõttu teenuse saajad jäävad pigem lihtsamatele, madalate oskustõuetega töökohtadele ja seega madalalt tasustatud, väiksema töö kvaliteediga töökohtadele, mis mõjutab seeläbi inimeste edasist karjääri. Teisisõnu tõdetakse, et see meede ei saa kompenseerida vajakajäämisi, mis tulenevad madalast haridustasemest või haridussüsteemis osalemise takistustest.

Sarnaselt toetatud tööle pakutakse vaimse tervise häirega inimestele toetatud haridust (*supported education*), mis hõlmab näiteks vaimse tervise häirega inimeste nõustamist, õppimisega seotud oskuste ja kogemuste omandamist, hariduse kohandamist võimete ja vajaduste järgi (Ennals *et al.* 2014; Manthey, Goscha, and Rapp 2014). Kirjandusülevaadete järgi (Arbesman and Logsdon 2011, 242; Manthey, Goscha, and Rapp 2014) suurendab toetatud haridus tasemehariduses ja kursustel ning tööhõives osalemist, parandab toimetulekuoskusi, vähendab vajadust haiglaravi järele, parandab iseseisvust, psühhosotsiaalset

heaolu ja tööelu kvaliteeti. Siiski on osad autorid ka leidnud, et see pole nii edukas kvalifitseeritud töö saamisel, kuna see pole integreeritud toetatud tööga (vt Rudnick *et al.* 2013). Mitmed autorid (Rudnick *et al.* 2013; Manthey, Goscha, and Rapp 2014, 1–2) on seetõttu väitnud, et toetatud töö ja toetatud hariduse lõimimine võib olla edukas lae-efekti ületamisel ning võib seeläbi toetada liikumist kõrgemalt tasustatud tööle ning kõrgema ametialase positsiooni ning pikema töösuhte saavutamist.

Kokkuvõtvalt näitavad varasemad analüüsid, et toetatud töö peaks olema mõjusam ja kuluefektiivsem tööturu meede kui koolita-siis-suuna-tööle meede. Samas tõdetakse kirjanduses, et kuna meetmel on mõnevõrra erinevad eesmärgid (kaitstud töö eesmärgiks on tööharjumuse kujundamine, üleminekutöö eesmärgiks on töökogemuse omandamine, sotsiaalse ettevõtte eesmärgiks on töötada produktiivselt, toetatud töö eesmärgiks on saada töökoht avatud tööturul), siis hindamised võivad olla seeläbi kallutatud (Corbière and Lecomte 2009, 44).

Erinevad tööturumeetmed võivad olla tulemuslikud, et aidata vaimse tervise häirega inimene tööandja juurde, kuid täiendav abi võib olla vajalik, et toetada töötamist töökohal avatud tööturul. Järgnevas peatükis käsitletaksegi sekkumisi töökohal. Kuivõrd organisatsiooni ja töö juhtimise praktika on mitmekülgne ja kompleksne, on ka vaimse tervise häiretega tegelemise praktika mitmekesine ja kompleksne. Siinjuures huvitab meid praktika, mida on teaduslike meetoditega analüüsitud. Lähiminevikus on ilmunud kolm suuremat süstemaatilist teaduskirjanduse ülevaadet (Corbière *et al.* 2009; Pomaki *et al.* 2010¹⁴; Reavley *et al.* 2012), mis käsitlevad töökohal vaimse tervisega seotud puude juhtimise (ingl *disability management*) praktikat ja toetavaid meetmeid. Neis erinevates töödes jõuavad autorid küllaltki sarnaselt järeldusele, et töökoha meetmete ja nende mõju analüüse napib. Siiski tehakse kahes ülevaates olemasolevate teadmiste põhjal ka soovitusi, kuidas peaks toimuma tööle jäämise või tööle naasmise juhtimine.

3.3. Tööle jäämise ja tööle naasmise toetamine

On leitud, et töökaotus ning pikk haiguslehel olek töövõime vähenemise tõttu avaldavad inimese minapildile ning enesehinnangule negatiivset mõju. Pikaajalise töövõimekaoga inimesed on eriti haavatavad kogedes enese mina-pildi teavat kaotust või senise mina-pildi kokku kukkumist, ilma et inimesel oleks uus sobiv mina-pilt vana asendamiseks (Charmaz 1994; Coutu, Côté, and Baril 2013 vahendusel). Samuti võib pikaajaline töölt eemalolek põhjustada identiteedilõhet (*identity gap*), enesehalvustamist ning seniste saavutuste tähenduse alahindamist ja ka sotsiaalsete suhete vähenemist (Alnaser 2009; Martin and Baril 1996; Coutu, Côté, and Baril 2013 vahendusel). Mitmed autorid (Vrkljan and Miller-Polgar 2001; Coutu, Côté, and Baril 2013 vahendusel; Saunders ja Nedelec 2014) on leidnud ka, et tööle naasmine võib olla peamine faktor inimese positiivse mina-pildi ülesehitamisel, mis omakorda aitab kaasa inimese paranemisele. Töökätkestuselt tööle naasmine toetab inimese eneseteostust ning võimaldab inimesel kogeda oma tegevuse olulisust (Coutu, Côté, and Baril 2013).

Tuginedes oma kirjandusülevaatele ja eksperdiaruteludele toovad Pomaki jt (2010) välja järeldused parimast praktikast töökoha tasandil vaimse tervise häirega inimeste tööle jäämise ja tööle naasmise toetamiseks:

- Tööle jäämise ja naasmise protsessi toetab selge, detailne ja hästi edastatud organisatsiooni tasandi vaimse tervise poliitika.
 - Selge ja hästi edastatud poliitika on oluline, et vähendada killustatust, segadust ja tegevusetust.

¹⁴ Pomaki ja teiste (2010) süstemaatilise kirjandusülevaate põhise raporti põhjal ilmus 2012 ka eelretsenseeritud teadusartikkel, vt (Pomaki *et al.* 2012)

- Inimesele orienteeritud organisatsioonikultuuri edendamine läbi toetava juhtimise on tarvilik vaimse tervise probleemide ennetamiseks, häirete varaseks avastamiseks ja puude juhtimiseks töökohal.
- Vaimse tervise stigma on takistuseks tõhusa töökoha-keskse praktika rakendamisel.
- Varane avastamine ja sekkumine tänu teadlikkuse ja oskuste koolituste töökohal aitab vähendada depressiooni raskusastet, kestust ja kulu.
- Tööle jäämise ja tööle naasmise koordineerimine ning struktureeritud, plaanitud ja tihe suhtlemine töötaja, tööandja, nende esindajate, teenuste osutajate ja teiste sidusrühmadega on vajalikud optimaalsete tulemuste saavutamiseks.
 - Tööle jäämise ja tööle naasmise koordineerimine ja läbirääkimine osapoolte vahel on tarvilik, et ellu viia individualiseeritud tööle jäämise-naasmise strateegiat. Tulemuste saavutamiseks võib olla vaja koolitatud koordinaatorit, spetsialisti.
 - Struktureeritud ja planeeritud tihe kommunikatsioon osapoolte vahel on tarvilik, see hõlmab nii näost-näku kui ka kaugsuhtlust, nii töökohal kui ka töökäkestuse ajal.
- Tuleb rakendada süstemaatilist, struktureeritud ja koordineeritud tööle jäämise-tööle naasmise praktikat heade tulemuste saavutamiseks.
 - Tulemuslik on praktika, mis aktiveerib ja hoiab töötaja tööle naasmise protsessis.
 - Kehtivate juhiste kohandatud rakendamine võib parandada puude juhtimise praktikat ja tööle naasmise tulemusi.
 - Oluline on järjepidev tööle naasmise-tööle jäämise protsessi ja töötaja vajaduste hindamine.
 - Tööle naasmise ja tööle jäämise praktika peab olema eesmärgistatud ja keskenduma püsivalt funktsioneerimise, töökoha käitumise ja tööle naasmise-tööle jäämise tulemustele.
- Juurdepääs tõenduspõhisele ravile vähendab töölt puudumist
 - Töökohapõhine ja tööle keskenduv kognitiiv-käitumuslik teraapia võib vähendada töölt puudumist.
 - Kliiniliste sümptomite parandamiseks peab sekkumine olema sümptomite põhine ning osutatud vaimse tervise valdkonna spetsialistide poolt.
 - Optimaalsete tulemuste saavutamiseks peaks kognitiiv-käitumuslike teraapiate põhised sekkumised olema kombineeritud töökoha kohandamisega ja tööle naasmise-tööle jäämise nõustamisega.
- Töökoha kohandamine on tööle jäämise ja tööle naasmise protsessi lahutamatu osa ja selle rakendamisest kontekstist sõltub nende tulemuslikkus.

Lõpetuseks tõdevad autorid (Pomaki 2010, 67–68), et edaspidistes töödes oleks individuaalsete meetmete kõrval vaja rohkem tähelepanu pöörata töökoha meetmetele ning töökoha meetmete analüüsid on vaja rohkem pöörata tähelepanu mõjuanalüüsidele, et töötada välja tõhusaid sekkumisi. Sarnastele järeldustele jõuavad ka Reavley jt (2012) oma depressioonile ja ärevushäiretele keskenduvast süstemaatilises kirjandusülevaates ja leiavad, et teaduslikke tõendeid selle kohta, kuidas peaksid organisatsioonid toetama vaimse tervise häirega inimeste tööle jäämist ja tööle saamist, ei ole, mistõttu viivad autorid sarnasele Pomaki jt (2010) tööle täiendavalt läbi Delphi meetodiga ekspertide rühmaarutelud ekspertidevahelise konsensuse kujundamiseks. Töö tulemusena järeldavad autorid järgmist (*Ibid.*):

- Ettevõtted peaksid välja töötama poliitika vaimse tervise häirega inimeste tööle jäämiseks ja naasmiseks, tagama töötajate teadlikkuse sellest ja poliitika rakendamise.
- Ettevõtted peaksid kujundama vaimset tervist toetava keskkonna, mis hõlmab tervist hoidva töökeskkonna loomist, vaimse tervise häirega inimeste reintegreerimisele pühendumist, vaimse

tervise alase koolituse pakkumist, julgustama vaimse tervise häirega inimesi otsima ravi, ning mitte eeldama, et vaimse tervisega inimene peaks alati tegema töökatkestuse (ingl *take a leave*).

- Ettevõtted peaksid aktiivselt juhtima töökatkestusi, sealhulgas säilitama aktiivse kontakti töötajaga ning tagama, et töötaja teaksid, et neil on kohustus teavitada tööandjat, miks nad puuduvad ja kui kaua eeldatavasti puudumine võiks kesta.
- Ettevõtted peaksid aktiivselt juhtima tööle naasmist ja koostama tööle naasmise plaani. See hõlmab ka selget töötajale sobiva koordinaatori määramist, koordinaator peaks koos töötajaga läbi arutama ja otsustama, kas ja kellele oleks vaja ja kellele võiks vaimse tervise probleemist ja seonduvatest meetmetest rääkida, kes peaks töötaja nõusolekul võtma ühendust tervishoiuteenuse osutajaga, kohandama töötajale töökoha (*reasonable adjustments*), analüüsima häire võimalikke põhjuseid töökeskkonnas, hindama tööle naasmise protsessi ja vajadusel seda töötajaga läbi arutades kohandama.
- Ettevõtted peaksid kaasama vaimse tervise häirega töötajaid. Töötaja peaks rääkima oma vahetu juhiga ning tooma välja võimalikud probleemid, õppima tundma oma häire sümptomeid ja tegureid, mis vallandavad sümptomeid, ära tundma tööle naasmise takistuse ning prioritseerima võimalikke lahendusi, arutama raviarstiga tööle naasmist ning ise aktiivselt juhtima oma tööle naasmist, paludes vajadusel abi lähedastelt ja kolleegidelt. Siinjuures peaksid töötaja ja tööandja valmistuma ka võimaluseks, et probleem süveneb või ägeneb.
- Ettevõtted peaksid soosima kaastöötajate-poolset tuge, näiteks kaastöötajad peaksid looma toetava õhkkonna naasmisele, austama terviseinfo konfidentsiaalust, teadvustama, et positiivne emotsionaalne ja praktiline tugi toetab paranemist ja naasmist samas kui negatiivne interaktsioon pärsib seda.

Nagu eespool öeldud, on kolme kirjandusülevaate kohaselt kirjanduses vähe hinnanguid meetmete mõjususe kohta. Hamberg-van Reenen jt (2012) on töökohas pakutavate vaimse tervise meetmete kulu-efektiivsust ja tulusust analüüsid leidnud, et majanduslikke mõjusid on hinnatud vähe ja seega on järeldused esialgsed. Töökoha meetmed vaimse tervise probleemide ennetamiseks või lahendamiseks võivad olla kuluefektiivsed, samas kui tööle naasmise meetmed depressiooniga töötajatele ei pruugi olla kuluefektiivsed.

Mõlemas süstemaatilises kirjandusülevaates on küllaltki prominentset kohal töötingimuste ja töökoha kohandamine vaimse tervise häirega inimeste funktsionaalsete ja kognitiivsete vajaduste järgi. Siinsegi analüüsi teises peatükis (ptk 2.2.2. Töötingimused) käsitleti vaimse tervise ja töötingimuste seoseid ning järeldati, et ka Eestis on nõudlus kohandatud töötingimuste järele. Järgmises alapeatükis käsitletakse sobivate töötingimuste temaatikat lähemalt.

3.4. Töötingimuste kohandamine

Töökoha kohandamine tähendab, et töötaja saab teha tööd, mis vastab tema töövõimele, tööandjal on teadmine, millise koormusega tööd on töötaja võimeline tegema, ning töötamine on töötaja vaimset tervist hoidev. Töö ja töökoha kohandamisel peaksid vähenema mitteaktiivsus, töökatkestused ja kahanenud tootlikkusega töötamine (*presenteeism*). Töökoha kohandamise vajadus tuleneb sellest, et vaimse tervise häirega inimeste kognitiivsed, sotsiaalsed, emotsionaalsed või füüsilised funktsionaalsed piirangud võivad takistada neil tööelus osalemist, kui töö ja töökoht ei ole nende järgi kohandatud (MacDonald-Wilson, Rogers, and Massaro 2003). Töökoha kohandamine antud sihtrühmale lähtub sellest, et vaimse tervise häirega inimesed põrkuvad tööellu integreerumisel sotsiaalselt defineeritud tööalaste rollide ja keskkonnaga, mitte üksnes vaimse tervise häire sümptomitega (Gates and Akabas 2011, 376). Töö tulemuslikul kohandamisel on töötaja funktsionaalsed võimed vastavuses töö kindlate komponentidega;

funktsionaalsete võimete ja töö tingimuste/ töö komponentide mittevastavusel on kohandumine puudulik, või on töö üle kohandatud. Viimasel juhul võivad inimese võimalused kasutada oma töövõimet, teostada ennast ja tema adekvaatne minapilt olla kahjustatud (*Ibid.*, 385).

Kirjandusülevaadetes leitakse, et on märkimisväärne erinevus vaimse tervise häiretega inimestele mõeldud töökoha kohandamise soovitude ning tõendusmaterjali vahel, mis hindaks nende mõjusust ja tõhusust (Schultz, Winter, and Wald 2011, 410). Nappiv tõenduspõhine lähenemine töötingimuste ja töökoha kohandamisele jätab poliitikakujundajad, rehabilitatsiooni ja puude juhtimise spetsialistid ja vaimse tervise häirega inimesed kriitilise informatsioonita, millised meetmed lihtsustaks vaimse tervise häirega inimeste tööhõive edendamist ja toetaks senistel töökohtadel püsimist (*Ibid.*).

VÕIMALIKUD KOHANDUSED JA NENDE MÕJU

Erinevates kirjandusülevaadetes (Pomaki 2010; McDowell and Fossey 2014; MacDonald-Wilson *et al.* 2002; Schultz, Winter, and Wald 2011) loetletakse erinevaid töö või töökoha kohandamise viise, mida vaimse tervise häirega inimesed võivad vajada või mida neile tööturul pakutakse. Schultz jt (2011) eristavad oma tüpoloogias järgmisi viise ¹⁵:

- Töökohustuste ja -nõudmiste muutmine – tööülesannete ajas jaotamine ja tööülesannete jagamine teiste töötajatega, uute tööülesannete järkjärguline rakendamine või tööülesannete muutumise vältimine, töö tulemuslikkuse ootuste muutmine, töö kergemaks või ka raskemaks muutmine (ingl *work hardening*), mis võib toetada kognitiivse võimekuse rakendamist, tööülesannete jagamine väiksemateks osaülesanneteks, lihtsamate ülesannete sooritamise omandamine enne keerulisemate ülesannete juurde asumist, tööle naasmine järk-järgult suureneva koormuse ja/või vastutusega, korduvad meeldetuletused, korduvad tööülesanded.
- Tööaja muutmine – lühendatud tööaeg, osajaga töö, vähendatud töötempo, võimalus kasutada rohkem ja/või pikemaid puhkepause, katkestusteta tööaeg (keskendumise võimaldamiseks).
- Töökeskkonna muutmine – füüsilise keskkonna muutmine, et väheneks valguse või müraga seotud häirijad, kaug- või kodutöö, omaette tööruumi võimaldamine, vaiguse või omaette puhkeala võimaldamine.
- Toetavad tehnoloogiad – tarkvara ja riistvara, mis aitavad või võimaldavad keskenduda, rahulikult jääda, organiseerida mõtteid ja tähelepanu, parandada mälu jne.
- Loomulik toetus (*natural support, mentoring*) ning käitumuslik tugi – suhtlemise hõlbustamine töökohas, tugiisiku toetus tööle naasmisel ja töötamise ajal, et toetada suhtlemist juhtidega ja kaastöötajatega, kolleegide ja inimese enda suhtlemisoskuste arendamine (sh ka *job coach, peer support group* etc), väljaõppe, järelevalve, juhtimise kohandamine, nt iganädalased nõupidamised tööle tagasi siirdumise toetamiseks, kohanemiseks;
- Instruktsioonide, õppematerjalide ja õppimise kohandamine – individualiseeritud ja pikendatud kursused, koolitus nii kaastöötajatele kui ka inimesele endale.

Erinevate autorite järgi hõlmab kohandamise hea tava ka töötaja terviseseisundiga seotud vajaduste ja terviseseisundi igapäevase muutustega arvestamist. Siinjuures arutletakse kirjanduses ka vaimse tervise häire, sellega seotud kognitiivsete ja funktsionaalsete spetsiifiliste kohanduste vajalikkuse teemal. Lerner jt (2011, 110) kirjandusülevaade keskendub depressiooniga inimestele ning selles tuuakse välja, et kontsentreerumise, häiritavuse (ingl *distractability*), kurnatuse puhul võivad töövõimet toetada erinevad organiseerimise tehnikad ja vahendid, kaastöötajate tagasiside vahetamine ja nõu küsimine, telefoni ja

¹⁵ Näitlikustamisel on siiski kasutatud ka loetelusid teiste autorite kirjandusülevaadetest.

kirjavahetuse välja lülitamine kindlatel aegadel. Wald (2011, 128–129) keskendub ärevushäiretele ning toob välja, et (1) tööle naasmist (*attendance*) võib toetada tööaja muutmine, sealhulgas paindlik tööaeg ja kodutöö, (2) produktiivsust võib toetada tööülesannete täpsustamine ja üleskirjutamine, (3) tööaja juhtimise seotud probleeme, nt probleeme tähtaegadest kinni pidamise ja ebaühtlase tempoga töötamisega aitab ennetada ja lahendada regulaarne tööaja arutamine juhiga ja töö muutmine, (4) kognitiivsete piirangute puhul võib aidata näiteks paindlik tööaeg, kirjalikud juhendid ja täpsustatud tööülesanded, (5) inimestevaheliste probleemide puhul (nt tagasiside andmise-vastuvõtmisega seotud probleemid) võib aidata üle saada muudetud juhtimise-kontrolli stiil, (6) emotsionaalsete reaktsioonidega võib aidata toime tulla töötaja kontrolli suurendamine või struktureeritud ja etteennustatav töökeskkond.

Varasemates kirjandusülevaadetes on leitud, et töökoha kohandamine kui üks meede tööle naasmise meetmetest on kindlasti toetamist väärt, kuid valik, kuidas kohandada, peaks arvesse võtma töötajat ja tööd puudutavaid asjaolusid. Pomaki (2010, 37–40) teeb oma kirjandusülevaate põhjal järelduse, et kuigi varasemad uuringud ja analüüsid kinnitavad, et üldiselt toetab töö ja töökoha kohandamine vaimse tervise häirega inimeste tööelus osalemist, siis pigem ei ole spetsiifilisi tõendeid ühe või teise kohandamise tulemuslikkuse kohta. Teisisõnu napib teadmist, milline oleks optimaalne viis kohandada tööd ja töökeskkonda kindlate vaimse tervise häiretega inimestele, seda nii tulenevalt häirete varjatusest ja mitmekesisusest aga ka inimeste ja töökohtade mitmekesisusest. Selline järeldus on ka mõistetav, sest analüüsid käsitlevad töökoha kohandamise teematikalt üldistatult, ning üksikute juhtumite analüüs võiks siiski kinnitada ühtede või teiste meetmete sobivust. Pomaki (2010) järgi on vaja arendada vaimse tervise probleemidega inimeste töötamise funktsionaalse võimekuse hindamise süsteeme, et iseloomustada tarvilikke töö ja töökoha kohandusi, mida erinevate vaimse tervise häiretega inimesed tööelus osalemiseks vajavad.

Hiljutistes kirjandusülevaadetes leiavad McDowell ja Fossey (2014) ning Schultz jt (2011), et on piiratud tõendid, et töö ja töökoha kohandamine võivad toetada töö säilimist, ning et need toetavad töövõime säilimist/paranemist paremini kui meditsiinilised või rehabiliteerivad meetmed üksinda. Siinjuures on ühes hiljutises analüüsis (Bolo *et al.* 2013) leitud, et depressiooni või ärevushäirega töötajatel töötingimuste kohandamine mõjutab positiivselt nende vaimset tervist. Samuti leidsid McDowell ja Fossey (2014) oma kirjandusülevaates, et varasemate analüüside järgi ei ole suurel osal töö ja töökoha kohandamistel otseseid kulusid, kuid kaudseid kulusid ei ole hinnatud. Samuti leiab Mcdaid (2007) oma kirjandusülevaates (*scoping review*), et kuigi on vähe analüüse, mis vaatavad sekkumiste efektiivsust, siis olemasolev teadmine viitab, et need on potentsiaalselt kulutõhusad.

JUURDEPÄÄS JA TAKISTUSED

Nagu peatükis 2.2.2 käsitletud, võib vaimse tervise häirega inimeste juurdepääs kohandatud töötingimustele sõltuda esmalt häirega seotud info avaldamisest töökohal. Vaimse tervise häirega inimestel on keeruline valik – kas avaldada tööandjale oma terviseseisundi kohta informatsiooni, et saada sobivat tööd või tarvilik töökoha kohandus ning anda tööandjale adekvaatne pilt töötaja töövõimest, või varjata terviseinfot, et vältida stigmat, ahistamist, diskrimineerimist (sh diskrimineerivat töötingimuste muutmist nt töö tulemuslikkuse kontrollimise suurenemise näol) ja eeldada-loota, et vähemalt osaliselt on tarvilikke kohandusi võimalik saada ka ilma terviseseisundi infot avaldamata (Center 2011).

McDowell ja Fossey (2014) kirjandusülevaate järgi on leitud, et vaimse tervise häirega inimesed, näiteks depressiooniga või alkoholisõltuvusega inimesed saavad väiksema tõenäosusega töö või töökoha kohandamist kui füüsilise puudega inimesed. See võib tuleneda stigmast, töökoha kohandamise iseloomust, vaimse tervise seisundi avaldamata jätmisest või episoodiliste terviseseisundite järgi töö kohandamise keerukusest. Ülevaate järgi on vaimse tervise häirega inimestel kõige keerulisem läbi rääkida tööaja kohandusi, suhtlemist hõlbustavaid meetmeid ning tööintervjuu või koolituse protseduuride muutmist.

Schultz jt (2011, 451–452) toovad oma kirjandusülevaates välja töökoha kohandamise takistustena välja (1) stigma ja hirmud, mis tulenevad kallutatud teadmistest ja vähesest teadlikkusest ja haridusest, (2) tööandjate piiratud teadmised ja arusaamised vaimse tervise häirete sümptomitest, häirete mõjust töökohal ja võimalikest kohandustest töökohal, (3) organisatsiooniga ja selle kontekstiga seotud tegurid, mis mõjutavad tööandja valmisolekut ja võimalusi kohandusi teha, (4) ning ka arusaamine-avatus puude juhtimise praktikale, mis kaasavad erinevaid osapooli.

Töötingimuste kohandamise pakkumist võivad mõjutada ka tööandja ootused. Tööandjad võivad olla tõrksad ja ei soovi töötingimusi kujundada vaimse tervise häirega inimeste vajaduste järgi, tööandjate teadlikkus töötingimuste kohandamise võimalustest võib olla piiratud ning kohandused võivad olla ebamäärasemad (ingl *tangible*), mis raskendab nende standardiseeritud rakendamist (McDowell and Fossey 2014). Samuti tuuakse kirjandusülevaadetes välja, et töökoha kohandused vaimse tervise häirega töötajatele peavad lõpuks vastama ka tööandja vajadustele, sest tööandjad vaatavad, kuidas töötingimuste ja töökorralduse muutmine mõjutab nende produktiivust või kuidas see mõjutab meeskonna suhtumist ja hoiakuid (Gates and Akabas 2011, 383). Siinjuures näitavad ka uuringud (Mizzoni and Kirsh 2006; Patterson 2012), et tööandjad kohandavad tööd ja töökohta seda selliselt teadvustamata-nimetamata. Tööandjad käsitlevad sellised muudatusi kui igapäevaseid töökorralduse ja töökeskkonna muudatusi, mis on tarvilikud töö organiseerimiseks („*ways to get around*“). McDowell ja Fossey (2014) kirjandusülevaate järgi on ka tõendeid, et vaimse tervise häirega inimesed võivad kalduda otsima töökohti, mis vastavad nende vajaduste ja oskustega, et vältida vajadust oma puudest rääkida ning töötingimuste kohandamises läbi rääkida.

PARIM PRAKTIKA

Kuigi napib kriitilist teadmist, kuidas kohandada töötingimusi ja töökohti vaimse tervise häirega inimestele, saab osade autorite hinnangul teha siiski teadmistepõhiseid soovitusi kohandamise parima praktika kohta. Pomaki jt (2010, 37–40) leiavad oma tööle naasmise-jäämise süstemaatilise kirjanduse ülevaate kokkuvõttes, et töö kohandamine on lahutamatu tööle jäämise-naasmise protsessi osa, mille tulemuslikkus sõltub protsessi toetavast kontekstist organisatsioonis. Autorite järgi peab sobiv ja tõhus kohandamine arvesse võtma töötaja ja töökoha asjaolusid. Juhtkonna tugi kohandamisele on oluline nii tööle jäämisel kui ka naasmisel. Samuti on autorite järgi oluline kaastöötajate toetus, kuid stigma ja ebaselge arusaam vaimse tervise häirega inimeste tugevustest ja piirangutest võib takistada kohandamist ja kohandamise positiivset mõju tööle jäämisele või tööle naasmisele.

Gates ja Akabas (2011, 379–385) toovad oma analüüsis välja, et kuna vaimse tervise häirega inimeste kaasamine on sotsiaalne protsess, on ka töökoha kohandamine sotsiaalne protsess, mis hõlmab: (1) tööülesannete, tööruutide, töökeskkonna ja tööalaste suhete kohandamise vajaduse hindamist; (2) organisatsiooni kohandamise valmisoleku hindamist; (3) kohandamise vajaduste sobitamist töö nõudmistega ja suhetega töö; (4) tervisehäire avaldamist töökohal; (5) kohandamise taotlemist ja läbirääkimist; (6) kohandamise rakendamist ning (7) kohandamise tulemuslikkuse hindamist.

Lisaks toovad Schultz jt (2011, 457–458) kirjandusanalüüsi põhjal välja sammud ja lähenemise, mida töötingimuste kohandamine töökohal peaks hõlmama:

- Töökoha funktsionaalne hindamine (ingl *workplace-based functional (“ecological”) assessment*) – pärast vaimse tervise häire kohta info avaldamist peaks tööandja tarviliku oskustega spetsialisti osalusel ning töötajat, juhte ja teisi olulisi sidusrühmi kaasates tuvastama kohandamise vajadused. Hindamine peab olema individualiseeritud, töötaja keskne ja seeläbi arvestama töötaja võimeid, tugevusi ning kompenseerivaid oskusi, mis toetavad töö tulemuslikkust ja tööl püsimist.
- Koolituse pakkumine – töötaja juhte ja kaastöötajaid peaks koolitama sellest, kuidas läbi heade sotsiaalsete suhete edendada töötaja vaimset tervist; vaimse tervise häirega töötajat peaks

koolitama sellest, kuidas anda ja vastu võtta tagasisidet, kuidas lahendada probleeme ning kuidas seada realistlikke eesmärgi.

- Sotsiaalse toe suurendamine – kaastöötajate loomuliku sotsiaalse toe suurendamine, näiteks läbi mentorluse, negatiivsete suhtumise ja hoiakute juhtimine ning teadlikkuse suurendamine vaimse tervise häiretest töökohal.
- Paindlikkuse edendamine – töötingimuste kohandamine, näiteks tööülesanne ja kohustuste muutmine, töökeskkonna ja töö asukoha muutmine, tööaja ja töö tegemise aja muutmine.
- Spetsialisti kasutamine – kompleksed või uued töötingimuste kohandamised ja keerukad töösuhted võivad eeldada spetsialisti abi kasutamist, kel on tarvilik kompetents ja kogemus vaimse tervise häirega inimeste töövõime juhtimisel ja töötingimuste kohandamisel.
- Multidistsiplinaarsete ressursside kasutamine – tõsiste vaimse tervise häirete puhul on oluline tagada, et töötajal oleks juurdepääs mitmekülgsele abile, et jälgida sümptomite esinemist, tuvastada abivajadust, hinnata töötingimuste kohandamise sobilikkust, juhtida tööd ja muutusi tööl. Töötaja ja tööandja koostöö on oluline töötaja füüsilise ja psühholoogilise heaolu hoidmisel.
- Privaatsuse ja konfidentsiaalsuse kaitsmine – kuigi tööandjail ei ole õigust teada töötajate diagnoose, peaksid nad aduma töötaja funktsionaalset võimekust ja piiranguid. Tööandja peab infot vastutustundlikult kasutama ning kaitsma inimeste privaatsust ja info konfidentsiaalsust.
- Tagasiside andmine – töö tulemuslikkuse hindamisel peaks eristama vaimse tervise häirest ja muudest põhjustest tulenevat ootustele mitte vastavat töö tulemuslikkust. Tuleks tuvastada keskkonna ja juhtimisega seotud ning sotsiaalsed tegurid, mis võivad toetada parimat töö tulemuslikkust. Tagasiside tööle peaks olema pidev ning kaasama ka töökaaslasi.

KINDLUSTUSSÜSTEEMI TOIME

Töötingimuste kohandamine töövõime toetamiseks seondub osades riikides – peamiselt Skandinaavias – töövõimekindlustussüsteemiga, võimaldades ajutist haiguspuhkust ühildada osajaga töötamisega. Teaduskirjanduses on osajaga haiguspuhkuse efektid pälvinud mõnevõrra tähelepanu (vt ka Kausto jt (2008) süstemaatilist kirjandusülevaadet). Vaimse tervise häirega inimeste osajaga haiguspuhkuse mõju on aga väga vähesel määral uuritud. Andrén (2014) analüüsib, kas haiguspuhkuse ühitamine osajaga töötamisega suurendab vaimse tervise häirega inimeste töövõime taastumise ja tööle naasmise tõenäosust. Rootsi kindlustussüsteemi administratiivandmete analüüs näitab, et kuigi osajaga haiguspuhkuse positiivne mõju on osalise töökatkestuse perioodi alguses rakendatuna suhteliselt tagasihoidlik, siis see suureneb ajas ning on vähemalt 60 päevase töökatkestuse korral suhteliselt suure ja olulise mõjuga. Autori järgi viitab see sellele, et tööhõives osalemise tõenäosust suurendab see, kui vaimse tervise häirega inimesi julgustada osajaga tööle naasma 60 päeva pärast töökatkestuse algust. Samas leiavad Høgelund jt (2012) Taani süsteemi analüüsil, et kuigi osajaga haiguspuhkus lühendab füüsilise tervise häiretega inimeste perioodi enne täisajaga tööle naasmist, siis vaimse tervise häiretega inimeste puhul sellist toimet tuvastada ei õnnestunud. Autorid arutavad, et see võib tuleneda sellest, et vaimse tervise häired on eripalgelised ja varjatud, mis võib teha tööga seotud suhete ja töötingimuste kohandamise keerulisemaks. Autorite sõnul ei saa sellest siiski järeldada, et meede iseenesest pole mõjus ning sel võib olla positiivne koostoime teiste meetmetega.

3.5. Antistigma meetmed

Kirjandusülevaadet näitavad (Sharac *et al.* 2010), et vaimse tervise häirega inimeste tööelus osalemist takistab oluliselt selle häirega seotud stigma. Stigma tõttu ei avalikusta inimesed tööandjale ja kaas-töötajatele oma vaimse tervise häiret, et ennetada mittepõhjustatud ja diskrimineerivat käitumist, kuid

samas võib mitte avaldamine ka piirata võimalust saada töötamist toetavat abi töökohal. Siinjuures on ka kirjanduses väidetud, et vaimse tervise probleemiga inimesed on võrreldes teiste puuetega inimestega enam stigmatiseeritud (Campbell and Kaufmann 1997, 224). Sellest tulenevalt on ka teaduskirjanduses käsitletud praktikad, mis peaks hõlbustama vaimse tervise häire avaldamise otsuse tegemist (vt Kiil 5) ning meetmeid, mis peaks ennetama või vähendama töökohal eripärast ja ebaadekvaatset suhtumist.

Teaduskirjanduses käsitletakse vaimse tervise häiretega seotud stigma vähendamise meetmeteid mõningal määral. Rüschi jt (2005, 534–536) toovad antistigma meetmetena välja avaliku protesti probleemile tähelepaneku juhtimiseks, hariduse kui informeeritud teadlikkuse tekitamise viisi ning kontaktsuhete loomise vaimse tervise probleemidega inimestega. Kasutatud on ka laiahaardelisi kampaaniaid (Szeto and Dobson 2010, 41–42). Clementi jt (2013) analüüsivad oma süstemaatilises kirjandusülevaates massimeedia kampaaniate efektiivsust vaimse tervise seotud stigmade vähendamisel. Autorid leiavad, et olemasolevate uuringute põhjal saab järeldada, et massimeedia meetmed võivad vähendada eelarvamusi, kuid pole tõendeid, et see mõjutaks diskrimineerimist. OECD (2012a, 69–72) ülevaates leitakse, et OECD riikides kasutatakse meediakampaaniaid ja konverentse teadlikkuse suurendamiseks aga on ka riike, kus rakendatakse töökoha tasandi meetmeid. Szeto ja Dobson (2010, 42) leiavad, et vaatamata laiaulatuslike avalike kampaaniate võimalikule positiivsele mõjule näitab madal teadlikkus vaimse tervise problemaatikast, et on tarvis suunatud meetmeid, sealhulgas töökoha tasandile suunatud meetmeid. Töötamise ja töökoha konteksti arvestav suunatud sekkumine võib vähendada vaimse tervise häirega seotud stigmat ning parandada inimeste vaimse tervise alast teadlikkust (ingl *mental health literacy*) organisatsioonis, mille tulemusena võib vaimse tervise häirega inimeste valmisolek abi otsida suureneada (*Ibid.*, 43).

Osadest angloameerika maailmas rakendatud töökoha tasandi meetmetest, mis vähemalt osaliselt tegelevad vaimse tervise stigma problemaatikaga, annavad ülevaate Szeto and Dobson (2010) ning Malachowski ja Kirsh (2013, 697–679). Järgnevalt kirjeldatakse neid mõneti valikuliselt esimese viidatud artikli järgi, kuna selles käsitletakse täpsemalt ka hindamise tulemusi:

- **Vaimse tervise esmaabi** (*Mental Health First Aid*) oli rahvusvaheline projekt, mis tegeles abi otsimise ja abi küsimise problemaatikaga. Töörühma arutelude eesmärgiks oli vähendada ignorantsust ja stigmatiseerivat suhtumist vaimse tervise probleemidesse. Projekti on mitmel korral ka hinnatud ning leitud, et see suurendas teadlikkust ja vaimse tervise alast teadlikkust, kuid mõju sotsiaalse distantsi hoidmisele või käitumisele pole selge. Samuti leiti, et mõju oli ajas kahanev.
- Projekti **The Beyondblue** (*National Workplace Program (Austraalia) & Impact on Depression (UK)*) eesmärgiks oli suurendada teadlikkust depressioonist ja ärevushäiretest ning vähendada nende häiretega seotud stigmat. Koolitajaga töötubades jagati teadmisi ja vahendeid märkamaks vaimse tervise häirete varaseid märke, varaseks sekkumiseks, teadlikkuse suurendamiseks ja adekvaatseks juhtimiseks. Projekti hindamistulemuste järgi oli meede mõjus.

Kiil 5. Vaimse tervise häire avaldamine töökohal

MacDonald-Wilson jt (2011, 192) arutlevad, et vaimse tervise häirega inimene peab kaalutlema võimalusi ja ohte, mis häiret käsitleva info avaldamisega võivad kaasneda. Kuna vaimse tervise probleemid ei ole alati ilmsed, võib inimestel olla võimalik otsustada, kas tööandjale selgitada näiteks oma tööminevikku, tööga seotud ootusi ja vajadusi ilma häirele viitamata või otsustada, mida, kunas, kuidas ja kellele häire kohta avaldada.

Kirjandusülevaadetes (Ibid., 201; Jones 2011, 219–221; Brohan et al. 2012, 5–7) tuuakse varasematele uuringutele tuginedes välja erinevad põhjused, miks vaimset tervist käsitlevat infot avaldada või mitte avaldada. Avaldamine võib pakkuda võimalusi rääkida läbi vajadustega sobivates töötingimustes, saada teotavaid teenuseid või õiguslikku kaitset diskrimineerimise vastu. Avaldamine võib aidata paremini selgitada võimalikke töökatkestusi, juhtida ootuseid töö tulemuslikkusele, selgitada töö, töökeskkonna või töötingimuste kohandamise vajadust. Avaldamisega võib kaasneda tööandja ja kaastöötajate suurem mõistmine ja tugi, võivad paraneda suhted töökohal.

Teisalt võib info avaldamisega aga kaasneda ka diskrimineerimine, näiteks töökoha mittesaamine, töösuhte lõpetamine, edutamata jätmine või halvemate/mittesobivate töötingimuste pakkumine. Samuti võib info avaldamisega kaasneda nn ülejuhtimine ja lisanduv kontroll juhtide poolt, võimalik on stigmaatilisest suhtumisest tulenev sotsiaalne tõrjutus. Töötaja võib hoiduda häire kohta info avaldamisest ka seetõttu, et tal puuduvad tööga seotud teistsugused vajadused, näiteks vajadus töötingimuste kohandamise järele või töökohal arvestatakse nende vajadustega ka vaimset tervist käsitlevat infot teadmata.

Avaldamise problemaatilisusest tulenevalt on erinevad autorid käsitlenud ka küsimust, kuidas peaks info avaldamine toimuma, et see oleks vaimse tervise häirega inimese huvides ning kuidas ennetada ja lahendada stigmaatilist suhtumist vaimse tervise häiresse töökohal. Ühe põhjalikumalt kirjeldatud lähenemise koostasid varasema teaduskirjanduse ja praktilise nõustamistegevuse käigus MacDonald-Wilson jt (2011, 208–213), lühidalt saab toodud soovitusel kokku võtta järgmiselt:

-
- vaata üle informatsioon avaldamise kontekst, sealhulgas töötajate ja tööandjate õigused ja kohustused;
 - mõtle läbi personaalsed ja praktilised põhjused avaldamiseks, arvesta varasemat kogemust ja seotud emotsioone;
 - mõtle läbi vajadused, miks avaldada (näiteks nõustamise saamiseks, kohandusteks jne);
 - analüüsi tööandjat ja töökeskkonda, et hinnata võimalikku reaktsiooni, sh toetust;
 - kaalu, kas avaldada või mitte;
 - kui otsustad mitte avaldada, siis mõtle läbi, kuidas selgitada tervisega seonduvalt tekkida võivaid olukordi või rääkida läbi võimalike erivajaduste teemal;
 - tee valik, kes avaldab (abistav spetsialist, inimene ise jne);
 - otsusta, kellele avaldada (nt juhile, tööandjale, kaastöötajale, personalijuhile jne);
-

-
- *otsusta, mida kellele avaldada (nt kas rääkida tervisest või takistustest ja puudustest; terviseprobleemist abstraktselt rääkimine võib olla vähem stigmatiseeriv kui depressioonist rääkimine);*
 - *vali sobiv aeg avaldamiseks (nt kui töökohal on välja kujunenud head suhted, võib probleemist rääkimine olla vähem stigmatiseeriv)*
 - *tee ettevalmistusi, harjuta avaldamist ja läbirääkimist.*
-

Autorid (MacDonald-Wilson et al, 2011, 208–2013) avaldavad arvamust, et kaalutletud avaldamine, sellekohase toetava praktika ja nõustamise levitamine aitab avaldamise muuta tunnustatud ja vaimse tervise häirega inimestele tulemuslikuks praktikaks. Samas ei ole range teadusliku meetodikaga sellise nõustamismeetme tulemuslikkust hinnatud.

Sarnaselt pakuvad ka Brohan jt (2014) süstemaatilise kirjandusülevaate ning kvalitatiivsete intervjuude põhjal välja otsustustoe, kuidas avaldada vaimse tervise kohta käivat infot tööandjale. See hõlmab (1) avaldamise plusside ja miinuste kaalumist, (2) avalikustamise vajaduste selgitamist, (3) avalikustamisega seotud väärtuste selgitamist, (4) kaalutlemist, kunas avaldada, (5) kellele avaldada ning (6) otsuse tegemist kõige eelnevat arvestades. Autorid järeldavad pilootuuringu põhjal, mis hõlmas meetme rakendamist ning meetme ja selle rakendamise kohta tagasiside küsimist, et see on lubav meede, mis võib toetada vaimse tervise häire avaldamist, seeläbi tööelus osalemist, ning millel ei ole märkimisväärseid kulusid. Sama otsustustoe varasemas mõjuanalüüsis (Henderson et al. 2013) leiab uurimisgrupp, et otsustustugi vähendab ebakindlust ja rahulolematust otsustuse tegemise ajal (ingl decisional conflict).

- **Business in mind** (Austraalia) on DVD põhine programm, mis on suunatud väikese ja keskmise suurusega ettevõtete ning valitsusväliste ja mittetulundusorganisatsioonide juhtidele ning mis keskendus üldisele vaimsele tervisele ja heaolule töökohal. Programmis kasutati eksperimentaalseid õpitehnikaid, näiteks mängud, videod, juhtumiarutelud, et suurendada teadlikkust vaimse tervise probleemidest. Programmi hindamine on pooleli.
- **Mind Matters: mental health in the workplace** (Kanada) programm põhines interaktiivsetel töөрühmaruteludel, mis hõlmasid ka kontakte ja kogemuste jagamist vaimse tervise probleemidega inimestega. Seminaride fookuses oli erinevad juhtimisolukorrad ja -probleemid. Programmi hindamine on pooleli.
- **Mentally healthy workplaces online training resource** (Šotimaa) on e-õppe programm, mis on eelkõige suunatud juhtidele ning kaasab osalejaid mõtlema vaimsest tervisest, selle rollist ja tagajärgedest töökohal. Programmi ei ole veel hinnatud.
- **Mental health in the workplace: an employer's guide** (UK) on prinditud juhend, mis demonstreerib tööandjatele, kuidas teadlikkus vaimsest tervisest ja sellele töökohal mõtlemine võib olla kasulik nii organisatsioonile kui selle töötajatele. Programmi ei ole veel hinnatud.

Meetmete ülevaate põhjal järeldavad autorid (Szeto and Dobson 2010, 53), et on vaja täiendavad analüüse meetmete tulemuslikkusele hinnangu andmiseks. Siiski soovivad autorid tulevaste programmide välja töötamisel otsida meetmeid, mis kujundaksid organisatsiooni toetavat keskkonda ning kaalutleda, kas käsitleda vaimse tervise häireid üldiselt või keskenduda kindlale häirele. Malachowski ja Kirsh (2013) leiavad

oma töökohakesksete antistigma meetmete kirjandusülevaates, et kuigi valdavalt on meetmeid õppimise, teadmiste ja teadlikkuse kesksed, on ka tõendeid, et personaalsete kontaktide loomine võib olla tõhusaim meede vaimse tervisega seotud stigmadega tegelemiseks. Samuti tõdevad autorid, et meetmete hindamiseks on vaja täiendavaid analüüse.

3.6. Kokkuvõte

Töötamist toetavate meetmete eesmärgiks on võimaldada töösuhte jätkumine, tööle naasmine pärast töökatkestust või sobivale tööle asumine. Kirjandusülevaadetes eristatakse kahte, ajalooliselt välja kujunenud lähenemist vaimse tervise häirega inimeste aitamisel töötusest või mitteaktiivsusest hõivesse – koolita-siis-suuna-tööle ja suuna-tööle-siis-koolita lähenemist. Analüüsid näitavad, et suuna-tööle-siis-koolita (tuntud peaausjalikult ka kui *toetatud töö*) peaks olema mõjusam ja kuluefektiivsem tööturumeede kui koolita-siis-suuna-tööle meede (tuntud eelkõige kui *kaitstud töö*). Samas tõdetakse kirjanduses, et kuna meetmetel on mõnevõrra erinevad eesmärgid (kaitstud töö eesmärgiks on tööharjumuse kujundamine, üleminekutöö eesmärgiks on töökogemuse omandamine, sotsiaalettevõtte eesmärgiks on töötada produktiivselt, toetatud töö eesmärgiks on saada töökoht avatud tööturul), siis hindamised võivad olla seeläbi kallutatud.

Vaimse tervise häiretega inimeste tööelus osalemise toetamiseks on olulised meetmed, mis aitavad ületada töösuhtega ja töötamisega seotud takistusi. Tööõiguse rakendamine eeldab täiendavaid toetavaid meetmeid, mis sisustavad ja teevad võimalikuks õiguste ja kohustuste täitmise ning seeläbi vaimse tervise häirega inimeste tööle jäämise, tööle naasmise ja tööle saamise. Töökoha meetmed eeldavad oma olemuselt tööandja rolli ja vastutust, kuid hädavajalik ja oluline on ka riigi tugi näiteks teadmiste levitamise ja konsultatsiooni kaudu. Esmane sekkumine vaimse tervise probleemaatikasse töökohal on proovida ennetada häirete tekkimist ja taastekkimist. Sellest tulenevalt on ka teaduskirjanduses käsitletud praktikad, mis peaks hõlbustama vaimset tervist käsitleva info avaldamise otsuse tegemist ning meetmeid, mis peaks ennetama või vähendama eripärast ja ebaadekvaatset suhtumist tööandja, töötajate ja teiste osapoolte poolt töökohal. Teaduskirjanduses käsitletakse ka parimat praktikad, kuidas peaks toimuma tööle naasmise ja jäämise toetamine töökohal, mis hõlmab ka töötingimuste kohandamist vaimse tervise häirega inimeste vajaduste järgi.

Vaimse tervise häiretega inimeste tööelus osalemise toetamiseks on olulised meetmed, mis aitavad ületada töösuhtega ja töötamisega seotud takistusi. Puuetega inimeste õiguste konventsioon sätestab puuetega inimeste, sealhulgas vaimse tervise häiretega inimeste õiguse tööle teistega võrdsetel alustel, mis hõlmab õigust teenida elatist vabalt valitud või tööturul vastu võetud töökohal ning õigust puuetega inimestele avatud, kaasavale ja juurdepääsetavale töökeskkonnale. Võrdse kohtlemise nõuet toetavad riikides positiivsed tööõiguse meetmed, mis määratlevad tööandja kohustused puuetega inimeste, sealhulgas vaimse tervise häirega inimeste töökoha säilitamisel, sobiva töökeskkonna ja töötingimuste kujundamisel (vt ka Muda 2013; OECD 2012a, 68–69). Samuti on tööandjatel kohustused kujundada psühhosotsiaalne töökeskkond ja töötingimused, mis on tervist hoidvad, sh vaimse tervise probleeme ennetavad (OECD 2012a, 66–67). Tööõiguse rakendamine eeldab ka täiendavaid meetmeid, mis sisustavad ja teevad võimalikuks õiguste ja kohustuste täitmise ning seeläbi vaimse tervise häirega inimeste tööle jäämise, tööle naasmise ja tööle saamise. Töökoha meetmed eeldavad oma olemuselt tööandja rolli ja vastutust, kuid riigi tugi näiteks läbi teadmiste levitamise ja konsultatsiooni on hädavajalik/oluline.

4. Eesti kontekst, meetmete süsteem

Seadusandja poolt loodud meetmete süsteem, mis tegeleb töövõimekao ennetamise, tervise ja töövõime taastamise, töötaja ja tööandja kokkuviiamisega ning nende võimendamise, hõlmab endas elemente ravikindlustusest, tööturuteenuste ja ka sotsiaalhoolekande süsteemist. Töösuhete kaitse on sätestatud töölepinguseaduses, tervist hoidvate töötingimuste käsitus töötervishoiu ja tööohutuse seaduses.

Lootuses avada paremini meetmete süsteemi sisu ja tuvastada varem käsitlemata probleemkohti on autorid võtnud nõuks kirjeldada süsteemi mitte niivõrd formaalsete tunnuste (st õigusaktide või kesksete rakendusametuste) järgi, vaid vaadeldes süsteemi peamiste komponentide – vaimse tervise häirete ennetuse, tervise ja töövõime taastamise, aktiveerimise ja hõivesse siirdumise ja seal püsimise toetamise meetmete kaudu. Põhjalik õigusaktide põhine käsitus sisaldub näiteks juba sotsiaalseadustiku üldosa analüüsi 11. ptk-s (Justiitsministeerium 2009), samuti hõlmab õigusaktide põhiseaduse vaadet vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs (Bogdanov and Pertel 2012).

4.1. Õiguslik kontekst

Eesti töö- ja sotsiaalpoliitikat ning vaimse tervise poliitikat tuleb vaadata EL vastava poliitika kontekstis. Liidul on mitmeid subsidiaarsuse ja proportsionaalsuse printsiibiga ühilduvaid meetmeid. Direktiiviga 2000/78/EÜ keelatakse muu hulgas puude alusel diskrimineerimine töölevõtmisel ja töökohal¹⁶. 1989. aastal vastu võetud Euroopa raamdirektiiv tööohutuse ja töötervishoiu kohta (direktiiv 89/391/EMÜ) käsitleb üldisi kohustusi ja õigusi seoses haiguste ennetamise ja ohutusega töökohal¹⁷. EL toimimise lepingu artikli 155 alusel on sotsiaalpartnerid 08.10.2004 sõlminud tööga seotud stressi kokkuleppe¹⁸ ning 26.04.2007 ahistamist ja vägivalda töökohal puudutav kokkuleppe¹⁹, mis sisaldavad suuniseid tööga seotud stressi käsitlemise kohta, mis on vaimse heaolu ja tervise olulisi mõjutajaid.

Samuti on Euroopa tasandil koostatud töötervishoiu- ja tööohutuse strateegiaid, neist viimane, möödunud aastal kokku lepitud *EU Strategic Framework on Health and Safety at Work 2014-2020*²⁰ toob välja, et eesmärgiks on vaimse tervise probleemide ennetamine töökohal. Samuti seab EL tööhõivestrateegia, mis on inspireeritud üldisemast Euroopa 2020 kasvustrateegiast²¹, eesmärgiks luua rohkem ja paremaid töökohti kogu liidus, edendades võrdseid võimalusi ja võideldes diskrimineerimise vastu. Valdcondliku poliitika ühte koordineerimine EL tasandi mõjutab ka Eesti töö- ja sotsiaalpoliitikat üldiselt ja vaimse tervise seotud poliitikat kitsamalt.

¹⁶ Council Directive 2000/78/EC of 27 November 2000 establishing a general framework for equal treatment in employment and occupation Official Journal L 303 , 02/12/2000 P. 0016 – 0022 <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=CELEX:32000L0078>

¹⁷ Council Directive of 12 June 1989 on the introduction of measures to encourage improvements in the safety and health of workers at work (89/391/EEC). <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:01989L0391-20081211>

¹⁸ Framework agreement on work-related stress. <http://www.etuc.org/press/agreement#.VGDCQPmUfn7>

¹⁹ Framework agreement on harassment and violence at work. <http://www.etuc.org/framework-agreement-harassment-and-violence-work>

²⁰ European Commission Brussels, 6.6.2014 COM(2014) 332 final COMMUNICATION FROM THE COMMISSION TO THE EUROPEAN PARLIAMENT, THE COUNCIL, THE EUROPEAN ECONOMIC AND SOCIAL COMMITTEE AND THE COMMITTEE OF THE REGIONS on an EU Strategic Framework on Health and Safety at Work 2014-2020. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52014DC0332>

²¹ European Commission (2010), 'Europe 2020 Strategy - A European strategy for smart, sustainable and inclusive growth', COM(2010) 2020, Brussels. http://ec.europa.eu/europe2020/index_en.htm

4.2. Töötamist toetav meetmete süsteem

4.2.1. Vaimse tervise häirete ennetamine

Vaimse tervise häirete, seonduva töövõime vähenemise ja töökatkestuste ennetamiseks on tööandjatel kohustus tagada töötervishoiu ja tööohutuse nõuetele vastavad töötingimused, teisisõnu töötingimused, mis hoiavad töötaja tervist (TLS²² § 28). TTOS²³ § 2 lg 2 ütleb sõnaselgelt, et psühholoogilised tegurid ei või ohustada töötaja tervist. Vaimse tervise häirete ennetamisel on fookuses eelkõige psühholoogilised ohutegurid, mis võivad aja jooksul põhjustada muutusi töötaja psüühilises seisundis (TTOS § 9 lg 2). Tööandjal lasub kohustus kohandada töö töötaja füüsilise ja vaimse ülekoormuse vältimiseks töötajale võimalikult sobivaks, seejuures tuleb arvestada töötaja kehalisi, vaimseid, soolisi ja ealisi iseärasusi, võimalikku pikaajalist üksinda töötamist ning töötaja töövõime muutumist tööpäeva või vahetuse jooksul (TTOS § 9 lg 3).

Samuti on tööandjal kohustus kavandada ja rakendada ennetustegevusi terviseriskide vältimiseks või vähendamiseks ning töötaja kehalise, vaimse ja sotsiaalse heaolu edendamiseks (TTOS § 121; § 13). Tervist või töövõimet kahjustavate töötingimuste tuvastamiseks on tööandjal kohustus töötaja osalusel viia läbi riskianalüüs, mis hõlmab ka töötajate vaimset tervist mõjutavate psühhosotsiaalsete ohutegurite analüüsi, ning koostada tegevuskava riskide maandamiseks (TTOS §-d 13 ja 14). Töötajal on kohustus osaleda ohutu töökeskkonna loomisel, sealhulgas teavitama tööandjat ja töötajate esindajat terviseohtudest, töötamist takistavatest tervisehäiretest ning ennetustegevuse puudustest ning õigus nõuda töötervishoiu ja tööohutuse nõuetele vastavaid töötingimusi, saada teavet töökeskkonna ja ennetustegevuse kohta (TTOS § 14). Samuti on töötajal kohustus täita tööandja, töökeskkonnaspetsialisti, töötervishoiuarsti, ja töökeskkonnavoliniku töötervishoiu- ja tööohutuselaseid korraldusi (TTOS § 14 lg 1 p 7).

Töötaval inimesel on kohustus läbida regulaarselt (vähemalt kord kolme aasta jooksul) töötervishoiu kontroll, mille raames viiakse teenusepakkuja poolt läbi töötajat peamiselt mõjutavate ohutegurite hindamine ja tervise kontroll, arvestades ohutegureid, millega töötaja peamiselt kokku puutub. (TTOS §- d 13 ja 14). TTOS § 13 lõige 1 punkt 7 kohustab tööandjat korraldama tervisekontrolli töötajale, kelle tervist võib tööprotsessi käigus mõjutada töökeskkonna ohutegur või töö laad, seaduse ja selle rakendusaktide sõnastuses on asjakohased ohutegurid ka seaduses otsesõnu nimetatud ohutegurid või töölaad, mis võib põhjustada tööga seotud haigestumist.²⁴

Töökeskkonna ohutuks muutmiseks, sealhulgas psühholoogiliste ohuteguritega tegelemiseks ning vaimse tervise riskide vältimiseks või vähendamiseks toetab riik tööandjaid maksupoliitikaga. Tööandja võib arvata ettevõtlustulust maha kulud, mis tulenevad TTOSis sätestatud tööandja kohustuste täitmisest (TuMS²⁵ § 32)

4.2.2. Ravi ja töövõime taastamine

Töötaja töövõime parandamisel tervisliku seisundi parandamise kaudu on Eestis keskne roll peaaegu universaalse katvusega ravikindlustusel, mis tagab tasuta või madala omaosalusega ligipääsu raviteenustele nii üld- kui eriarstiabi tasandil. Ravikindlustus kaasneb tüüpiliselt töötamise või ettevõtlusega tegelemise

²² Töölepingu seadus. Vastu võetud 17.12.2008, RT I 2009, 5, 35. [Redaktsioon jõustunud 01.01.2015, RT I, 12.07.2014, 146.](#)

²³ Töötervishoiu ja tööohutuse seadus. Vastu võetud 16.06.1999, RT I 1999, 60, 616. [Redaktsioon jõustunud 01.03.2015, RT I, 26.02.2015, 17.](#)

²⁴ vt Sotsiaalministri 24. aprilli 2003. a määruse nr 74 „Töötajate tervisekontrolli kord“ lisa 1 Töötajate tervisekontrolli kord. RTL 2003, 56, 816, jõustunud 01.07.2003.

²⁵ Tulumaksuseadus. Vastu võetud 15.12.1999, RT I 1999, 101, 903. [Redaktsioon jõustunud 01.01.2015, RT I, 23.12.2014, 4.](#)

kaudu. Mittetöötavale aktiivselt tööd otsivale inimesele ning püsiva tervise häirega tööalistele inimestele on ravivajaduse riski kaitseks tagatud vastavalt läbi töötü või töövõimetus pensionäri staatuse (alates 2016 on viimastel ravikindlustus tagatud osalise töövõime või täielikult töövõimetu staatusega lõppeva töövõime hindamise kaudu). Lisaks on suur hulk teisi elanikkonna grupe – lapsed, õppurid, vanaduspensionärid ja mitmed teisedki grupid – kaetud kindlustusega läbi võrdsustatu staatuse.

Nagu muudegi terviseprobleemide korral on ka vaimse tervise probleemi ilmnmisel ootuspärane, et ravikindlustusega kaetud inimene pöördub esmalt oma perearsti poole, kes lähtudes oma kompetentsist toetudes erialaseltside heakskiidetud ravijuhenditele ning konsulteerides võimalusel ja vajadusel eriarstiga diagnoosib haiguse, otsustab ravi ja töökatkestuse vajaduse üle, konsulteerib inimest koostöös vaimse tervise õega ja/või suunab inimese vajadusel edasi psühhiaatri juurde. Psühhiaatri vastuvõtule on 2015 seisuga võimalik pöördua ka otse, st esmatasandit läbimata. Psühhiaater diagnoosib häire olemasolu, alustab ambulatoorset või statsionaarset ravi ja suunab vajadusel patsiendi terapeutiliseks sekkumiseks kliinilise psühholoogi juurde. Alates 2015. aastast võib ka perearst suunata inimese otse kliinilise psühholoogi poole. Psühhiaatriline ja psühhoterapeutiline sekkumine võivad toimuda ka kompleksse taastusravi kontekstis või hoopiski rehabilitatsiooniteenuse (sotsiaalhoolekandeseaduse tähenduses) raames. Eluotliku tervises seisundi korral võib sisenemine ravisüsteemi toimuda erakorralise abi kaudu, vaimse tervise häirete kontekstis on asjakohaseks seisundiks näiteks äge psühhootiline seisund.

Ravikindlustatule tervishoiuteenuste osutamisel tasub enamiku teenuste eest Eesti Haigekassa, inimesel esmatasandil omaosalus puudub, eriarstiabi puhul ei tohi see ületada 5 eurot visiidi kohta. Samuti kannab Haigekassa suure osa arsti välja kirjutatud retseptiravimite kulust (rakendub 50, 70, 90 või 100%-line soodusmäär). Kindlustuseta või väljaspool ravijärjekorda ravi soovival inimesel on piisava maksejõu korral võimalik otsida abi ka väljaspool ravikindlustussüsteemi ning kandes ise 100%-liselt teenuse tasu tagada kiire ligipääs tervishoiuteenustele.

4.2.3. Aktiveerimine

Nagu töötajatel üldiselt, on ka vaimse tervise häirega töötajal õigus keelduda töö tegemisest tervises seisundi halvenemisel, mis toob kaasa haiguslehega tõendatava ajutise töövõimetuse (TLS § 19). Kui tervishoiuteenuse osutaja leiab, et häirest ja/või ravivajadustest tulenevalt on töötaval inimesel õigus ajutisele töökatkestusele, on inimesele tagatud kuni nelja kuu vältel osaline asendussissetulek haigus hüvitise näol²⁶ (alates 2016. aastast pikeneb see kuuele kuule²⁷), haigusjuhtumi kestus ise piiratud ei ole. Haigusjuhtumi põhjendatuse eest vastutab inimese raviarst lähtudes inimese tervislikust seisundist. Ajutiselt töövõimetul töötajal on kohustus teavitada oma tööandjat ajutisest töövõimetuses ja võimalusel selle eelduslikust kestusest (TLS § 15 lg 2 p 10) ja õigus täielikuks töökatkestuseks (TLS § 19). Ajutise töövõimetuse perioodil ei ole töötamine lubatud – tööandja ei tohi ajal, mil töötaja on töökohustuste täitmisest haigestumise tõttu vabastatud, lubada töötajat täitma töökohustusi (RaKS²⁸ § 61 lg 1). Töötamise ja sotsiaalmaksuga maksustatav tulu teenimise korral on Haigekassal õigus inimene keelu rikkumise päevast hüvitisest ilma jätta (RaKS § 60 lg 2, § 61 lg 2).

²⁶ Vt kehtiva korra põhjalikumat käsitlust Veldre *et al.* (2012). Töövõimetuse hindamine, asendussissetuleku võimaldamine ja tööalane rehabilitatsioon Eestis ja viies Euroopa Liidu riigis lk 8–10

²⁷ Töövõimetoetuse seadus § 55 lõige 9. Vastu võetud 19.11.2014, RT I, 13.12.2014, 1.

²⁸ Ravikindlustuse seadus. Vastu võetud 19.06.2002, RT I 2002, 62, 377. Redaktsioon jõustunud 01.03.2015, RT I, 13.12.2014, 35.

Ajutise töövabastuse aluseks oleva haiguslehe väljastamise ja ka selle lõpetamise otsus on inimese raviarsti pädevuses (RaKS § 52 lg 2). Kindlustushüvitise saamiseks on haigestunud töötajal kohustus järgida arsti määratud ravi (RaKS § 60 lg 3), ilmuda ettenähtud ajal arsti vastuvõtule (RaKS §60 lg 3) ja mitte täita töö- ja teenistuskohustusi (RaKS § 60 lg 2). Tööandjal ei ole õigust uurida töötaja haiguse või vigastusega seotud asjaolusid (Tööinspeksioon 2015). Inimese aktiveerimist ajutise töövõimetuse hüvitise maksmise perioodil seega ette nähtud ei ole, samas on teada, et sotsiaalministeerium otsib alanud töövõimereformi raames lahendusi, et luua võimalusi töötajate aktiveerimiseks ka juba ajutise töövõimetuse perioodil.²⁹

Juhul, kui inimesel on seotuna vaimse tervise häirega tuvastatud püsiv töövõimetus töövõimekao määraga 40%, tekib tal õigus töövõimetuspensionile või rahvapensionile (tuvastatud töövõimekao määras). Töötamine ja hüvitise saamise ajal teenitav tulu selle hüvitise saamist ja hüvitise suurust ei mõjuta ning mittetöötavatele hüvitisasaajatele maksmist või selle suurust mõjutavaid aktiivsuspensionideid ette ei nähta.³⁰ 2016 jõustub 2014. aasta lõpus vastuvõetud töövõimetoetuse seadus, mis asendab perioodil 2016-2020 töövõimekao määramise ja töövõimetuspensionini vastavalt töövõime hindamise ja töövõimetoetusega ning kehtestab aktiivsuspensionid töövõimetoetuse saamiseks.

Uueneva korra kohaselt peab inimene, kellel püsiv tervise häire mõjutab tööelu, pöörduma Töötukassa poole ja taotlema töövõime hindamist. Osalise töövõime või täieliku töövõimetuse tuvastamisel on inimesel õigus töövõime toetusele, toetuse saamiseks peab osalise töövõimekaoga inimene täitma aktiivsuspensionideid, mille all mõeldakse töö otsimist, tööturuteenuste saamises osalemist, õppimist jt võrdsustatud tegevusi (TVTS³¹ § 12). Aktiivsuspensionide mittetäitmisel on Töötukassal õigus töövõimetoetuse maksmine peatada või lõpetada, samas on Töötukassal kohustus välja selgitada miks inimene aktiivsuspensionideid ei täida, enne asjaolude täpsustamist ei tohi toetuse maksmist peatada (TVTS §-d 18 ja 19).

Äsjakirjeldatud õiguslik muudatus on Eesti kontekstis mõneti revolutsiooniline, kuna paneb kahanenud töövõimega inimestele esmakordselt kohustuse osaleda tööelus või näidata üles aktiivsust hõivesse siirdumiseks. TVTS seletuskirja³² kohaselt antakse inimesele rohkem õigusi saada abi ja toetust, aga pannakse ka kohustus olla aktiivne. Aktiivsuspensionideid ei esitata inimestele, kellel töövõime puudub või kui töötamine halvendab inimese tervist (678 SE, lk 5). Kuna TVTS rakendusakte (sh Töövõime hindamise tingimused ja töövõimet välistavate seisundite loetelu) ei ole 2015. aasta alguse seisuga veel vastu võetud, ei ole ka teada, milline on uues kontekstis spetsiifiliselt just vaimse tervise probleemiga inimesed: millised on näiteks häired, mille puhul aktiivsuspensionid seoses täieliku töövõime tuvastamisega ei laiene ning millised on seisundid, mille puhul on võimalik välistada aktiivsuspensionide rakendamine seoses võimalusega, et töötamine võib halvendada inimese tervist.

Inimesel, kel on diagnoositud (või diagnoosimata) vaimse tervise häire, ent kel ei ole tuvastatud püsivat töövõimetust või võimaldatud haiguslehe alusel ajutist töövabastust, on õigused kohustused samaväärsed teiste töötajatega. Näiteks on vaimse tervise häirega töötul (tööturuteenuste ja -toetuste seaduse, edaspidi TTTS, mõistes) sarnaselt teiste töötutega aktiivsuskohustus (vt TTTS³³ § 3). Aktiivsuspensionide täitmisel võib

²⁹ Vt hange „Töövõimetuse ning tööõnnetuste ja kutsehaiguste hüvitamise süsteem Eestis ja rahvusvaheline võrdlus“

³⁰ Vt kehtiva korra põhjalikumalt käsitlust Veldre jt (2012). Töövõimetuse hindamine, asendussissetuleku võimaldamine ja tööalane rehabilitatsioon Eestis ja viies Euroopa Liidu riigis lk 10–11

³¹ Töövõimetoetuse seadus. Vastu võetud 19.11.2014, RT I, 13.12.2014, 1.

³² Töövõimetoetuse seaduse eelnõu (678 SE) seletuskiri.

³³ Tööturuteenuste ja -toetuste seadus. Vastu võetud 28.09.2005, RT I 2005, 54, 430. Redaktsioon jõustunud 01.07.2014, RT I, 04.06.2014, 8.

töötul olla õigus töötutoetusele (TTTS § 1) või töötuskindlustushüvitisele, mille eesmärk on töö kaotanud kindlustatule tööotsingute ajaks kaotatud sissetuleku osaline kompenseerimine (TKindIS³⁴ § 2).

Tööd otsival inimesel on võimalus saada tööturuteenuseid TTTS alusel Töötukassast. Töötule või tööd otsiv vaimse tervise häirega inimene võib sobiva töö leidmiseks saada abi saadavate töövahendusteenusest (TTTS § 12). Seaduse järgi loetakse teenuse osutamisel sobivaks tööks selline töö, mis muuhulgas vastab töötule haridusele, erialale ja varasemale töökogemusele ja ei ole tervislikel põhjustel vastunäidustatud. Töötule koostatakse töö leidmiseks ja tööerakendamiseks vajalike tegevuste kavandamiseks individuaalne tööotsimiskava (TTTS § 10). Seaduse järgi hõlmab selle koostamine töötule sobiva töö ja selle leidmise võimaluste ning tööle rakendumist soodustavad meetmete ja tegevuste välja selgitamist.

4.2.4. Hõivesse siirdumist ja seal püsimist toetav meetmestik

TÖÖTAJA HÕIVEVÕIME TÕSTMINE

Töötul või tööd otsival inimesel on sõltumata tema terviseseisundist õigus saada tööhõivevõime parandamiseks üldiseid tööturuteenuseid. Karjäärinõustamine (TTTS § 14) võib aidata langetada õppimise ning kutse- ja töökoha valikuga seotud otsuseid. Töötamiseks vajalikke oskusi, teadmisi ja kogemusi võivad anda näiteks tööalased koolitused (TTTS § 13), tööpraktika (TTTS § 15), tööharjutus (TTTS § 13), avalik töö (TTTS § 16) ning töövalmiduse toetamine³⁵. Töö kaotusest tingitud negatiivsete emotsioonidega ja ebakindlast tulevikust tuleneva ärevusega võib aidata toime tulla psühholoogiline nõustamine³⁶. Töötule saamist võib soodustada tööandjale töötule tööerakendamiseks makstav palgatoetus (TTTS § 18).

Puuetega inimesed, sealhulgas need vaimse tervise häirega inimesed, kel on tuvastatud püsiv töövõimetus³⁷ saavad vajadusel just puude mõju leevendavaid tööturuteenuseid. Vaimse tervise häirega inimesed, kes vajavad puudest tulenevalt abi tööintervjuul tööandjaga suhtlemiseks võivad saada abistamist tööintervjuul (TTTS § 22). Puudega töötule, kes vajab töötamisel puudest tulenevalt abi ja juhendamist, võivad saada tuge tugiisikuga töötamisest (TTTS § 23). Vaimse tervise häirega inimesed võivad saada ka individuaalse tööerakendamise teenust, mis on inimese erivajadusest lähtuvalt töölesaamise toetamine juhendamise ja muude tugitegevuste vormis, eesmärgiga aidata töötule inimene, kelle töölesaamine on raskendatud pikaajalise töötule, sotsiaalsete erivajaduste, hoolduskohustuse, puude või pikaajalise tervisehäire või muude eriliste takistuste tõttu.³⁸

Puudega inimeste tööelus osalemist võib toetada ka töötaja töötamisega seotud kulu või tööandja tööjõukulu hüvitamine. Töötukassa hüvitab tööandjale pärast puudega inimese tööandja juures töötule asumist 50 kuni 100 protsenti tööandja ehitise, ruumi, töökoha või töövahendi puudega inimesele ligipääsetavaks ja kasutatavaks muutmise maksumusest, lähtuvalt puudest tingitud takistuse kõrvaldamise kulu mõistlikkusest (TTTS § 20). Samuti võib töötukassa puudega isikule või tema tööandjale anda tasuta kasutamiseks tehnilise

³⁴ Töötuskindlustusseadus. Vastu võetud 13.06.2001, RT I 2001, 59, 359. [Redaktsioon jõustunud 01.07.2014, RT I, 16.04.2014, 29.](#)

³⁵ Vabariigi Valitsuse 12.12.2013 määruse nr 174 „Tööhõiveprogramm 2014–2015“ § 14. [Redaktsioon jõustunud 01.05.2014, RT I, 28.04.2014, 3.](#)

³⁶ Ibid., § 13; vt ka <https://www.tootukassa.ee/content/teenused/psuhholoogiline-noustamine>

³⁷ Tööturuteenuste osutamisel loetakse puudega töötule töötule, kellel on puue puuetega inimeste sotsiaalsete seaduse § 2 tähenduses või kes on tunnistanud püsivalt töövõimetuks riikliku pensionikindlustuse seaduse § 16 alusel

³⁸ Vabariigi Valitsuse 12.12.2013 määruse nr 174 „Tööhõiveprogramm 2014–2015“ § 12. [Redaktsioon jõustunud 01.05.2014, RT I, 28.04.2014, 3.](#)

abivahendi, milleta inimesel ei ole puudest tulenevalt võimalik tööülesandeid täita (TTTS § 21). Tööandja saab taotleda töötaja ümber- või täiendõppe kulude hüvitamist 50% ulatuses (kuid mitte rohkem kui 1250 eurot), kui töötaja oli enne tööle asumist töötuna arvel järjest vähemalt 12 kuud ja ühe aasta jooksul töölepingu sõlmimisest selgub, et töötaja vajab tööülesannete täitmiseks teadmiste ja oskuste täiendamist.³⁹

Teadaolevalt on alates 2014. aastast koolitatud Töötukassa personali, suurendamaks teadlikkust vaimse tervise häiretega inimeste erivajaduste teemal. Selle töö raames läbi viidud fookusgruppides käsitletud näidete kohaselt on ka vähemalt ühes maakonnas korraldatud spetsiaalselt vaimse tervise häirega inimestele suunatud koolitusi nende hõivevõime tõstmiseks.

Vaimse tervise häirega inimesel, kellel on tuvastatud töövõime kaotus vähemalt 40%, on võimalus saada ka sotsiaalhoolekande süsteemi kaudu töötamise toetamise teenust (SHS⁴⁰, ptk 3, 3. jagu). Selle teenuse eesmärgiks on juhendada ja nõustada inimest, et toetada tema iseseisvat toimetulekut ja parandada elukvaliteeti tema võimetele sobiva töö otsimise ning töötamise ajal. Teenus võib hõlmata tööle motiveerimist, sobiva töö leidmist, inimese toetamist ja tema tööandja nõustamist tööjuhiste kohaselt töötamise ajal, inimese tööandja juhendamist ja nõustamist, inimese ja tema kaastöötajate juhendamist nendevahelistes suhetes ning valmistama inimest ette iseseisvalt ilma toetusteta tööle asumiseks. Teenuste hea tava järgi hõlmavad kaitstud töö ja toetatud töö vajadusel kognitiiv-käitumuslikku teraapiat töövõime parandamiseks.

KOHUSTUS KOHANDUDA

Tööandja peab kohandama töötaja töö, töövahendid ja töökoha vaimse tervise häirest lähtuva erivajadusega inimesele kasutatavaks (TTOS § 10¹). Kui töötajal tekib töötamise ajal terviseprobleem (sõltumata sellest, kas terviseprobleem tuleneb tööga seotud teguritest või töövälisest teguritest), peab tööandja enne töösuhte erakorralist lõpetamist kohandama töötaja töökoha või muutma töötaja töötingimusi, pakkuma töötajale teist tööd, sealhulgas korraldama vajadusel töötaja täiendõppe (ning töötajal on jätkuvalt kohustus osaleda oma tööalaste teadmiste ja oskuste arendamiseks koolitusel; TLS § 15), kui sellega ei kaasne ebaproportsionaalselt suuri kulusid ning teise töö pakkumist võib asjaolusid arvestades mõistlikult eeldada (TLS § 88). Kui selle kohustuse täitmine on tööandjale ebamõistlik, võib tööandja töölepingu üles öelda terviseseisundist tuleneva töövõime vähenemise tõttu. Töövõime vähenemist terviseseisundi tõttu eeldatakse, kui töötaja terviseseisund ei võimalda tööülesandeid täita nelja kuu jooksul (*Ibid.*).

Kohanduste mõistlikkuse ja kulutuste proportsionaalsuse hindamise juures peab arvestama kohandamist toetavaid meetmeid. Kui töötaja töö või tööülesannete muutmine eeldab töötaja ümber- või täiendõpet, saab tööandja Töötukassalt taotleda töötaja ümber- või täiendõppe kulude hüvitamist 50% ulatuses (kuid mitte rohkem kui 1250 eurot), kui töötaja ei saa terviseseisundist tulenevalt oma ametikohal jätkata, kuid tööandja pakub talle ümber- või täiendõppe läbimise korral teist tööd⁴¹). Samuti saab vaimse tervise häirega töötaja, kellel on määratud puue, taotleda puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seaduse alusel

³⁹ Vabariigi Valitsuse 12.12.2013 määruse nr 174 „Tööhõiveprogramm 2014–2015“ § 17 lõige 4. [Redaktsioon jõustunud 01.05.2014, RT I, 28.04.2014, 3.](#)

⁴⁰ Sotsiaalhoolekande seadus. Vastu võetud 08.02.1995, RT I 1995, 21, 323. [Redaktsioon jõustunud 01.01.2015, RT I, 13.12.2014, 44.](#)

⁴¹ Vabariigi Valitsuse 12.12.2013 määruse nr 174 „Tööhõiveprogramm 2014–2015“ § 17 lõige 3. [Redaktsioon jõustunud 01.05.2014, RT I, 28.04.2014, 3.](#)

täiendkoolitustoetust, mida makstakse koolituskulude osaliseks hüvitamiseks kuni 613,68 eurot kolme aasta kohta (PISTS⁴² § 12).

Juhul kui töötajale on määratud puue või püsiv töövõimetus ning tööandjal tekib vajadus töötaja tööruumide- ja vahendite kohandamiseks, töötajale töötamiseks tehnilise abivahendi andmiseks või vajab tugiisikut töötamiseks, saab tööandja ja töötaja abi tööturuteenustest, millega vähendatakse tööandja tööjõukulu.

Vaimse tervise häirega töötajaga seotud tööjõukulu aitavad tööandjal kanda ka maksusoodustused. Riik maksab töövõimetuspensionit saava töötaja eest sotsiaalmaksu SMS⁴³ § 2¹ nimetatud kuumääralt (2015. a 355 eurolt). Kuna töövõimetuspensionär on riikliku pensioni saaja, ei ole tööandjal kohustust maksta tema eest sotsiaalmaksu vähemalt sotsiaalmaksu kuumääralt, tööandja arvestab sotsiaalmaksu tegelikult palgalt. Kui riik maksab töövõimetuspensionit saava töötaja eest sotsiaalmaksu, siis tööandja maksab sotsiaalmaksu palga osalt, mis ületab riigi poolt makstud sotsiaalmaksu arvutamise aluseks olevat summat (SMS § 6 lg 3). See toetab ka tervisehäirega töötaja töökoormuse vähendamist ja (ajutist) osajaga töötamist.

Tööandjal on võimalik anda vaimse tervise häirega töötajale tulumaksuvabalt abivahendeid juhul, kui töötajal on tuvastatud töövõime kaotus vähemalt 40% või talle on määratud puude raskusaste (TuMS § 13). Samuti kui töötajal ei ole kodu ja töökoha vahelisteks sõitudeks võimalik kasutada ühistransporti või kui ühistranspordi kasutamine põhjustab liikumis- ja töövõime olulist langust, võib puudega töötajale maksta maksuvaba hüvitist isikliku auto kasutamisel või maksuvabalt korraldada puudega töötaja transporti (TuMS § 48). Inimestel, kes saavad töövõimetuspensionit, on õigus täiendavale 7-päevasele lisapuhkusele, mille tasu hüvitatakse tööandjale riigieelarvest (TLS § 57 ja 66). Vaimse tervise häirega inimestel võivad sagedad või pikemad puhkused toetada töövõime säilitamist ja taastamist.

4.3. Sihtgrupp meetmete süsteemi peegelduses

Sotsiaalkindlustusameti (SKA) administratiivandmete kohaselt elas 2014. aasta alguses Eestis 32 498 tööealist inimest, kellele oli SKA läbi viidud töövõimetus ekspertiisi raames tuvastatud töövõimekadu vahemikus 10–100% ning kelle ekspertiisidokumentidel oli märge psüühika- või käitumishäire kohta (vt Tabel 9). Teisalt hõlmavad tuvastatud töövõimekaoga inimesed vaid väikest osa vaimse tervise häiretega tööealistest elanikest.

Kuigi käesoleva töö aluseks oleva hanke fookus oli töö tellija käsitusel seotud töövõimetuspensionäridele töövõimekaoga 40-80%, pidasid töö autorid vajalikuks avada vaimse tervise häiretega inimeste sihtgruppi olemasolevate administratiivandmete toel laiemalt. Eestis ümberkujundamisel oleva töö- ja sotsiaalpoliitika eesmärk on toetada hõives ja aktiivsuses püsimist ning toetada mitteaktiivsusest ja töötusest hõivesse liikumist, toetades sealjuures vaimset tervist soodustavate töötingimuste juurutamist.

TABEL 9. TUVASTATUD TÖÖVÕIMEKAOGA TÖÖEALISED INIMESED, KELLE EKSPERTIISIDOKUMENTIDES SISALDUB MÄRGE

⁴² Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seadus. Vastu võetud 27.01.1999, RT I 1999, 16, 273. [Redaktsioon jõustunud 01.01.2015, RT I, 13.12.2014, 27.](#)

⁴³Sotsiaalmaksu seadus. Vastu võetud 13.12.2000, RT I 2000, 102, 675. [Redaktsioon jõustunud 01.01.2015, RT I, 11.07.2014, 25.](#)

PSÜÜHIKA- JA KÄITUMISHÄIRELE, DIAGNOOSI JÄRGI

Antud häirega TVP-d	PD	PKH KD	FTH KD	Kokku
Depressioon (F32-F33, F06.32, F92.0)	3790	1758	3024	8572
Isiksus- ja käitumishäired ning –sündroomid (F07; F50-F69; F90-F98)	3534	1971	946	6451
Kerge vaimne alaareng (F70)	3568	592	268	4428
Skisofreenia (F20)	4046	73	38	4157
Psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired (F10-F19)	1026	1625	1253	3904
Ärevushäired (F40-F41, F06.4)	1381	873	1053	3307
Muud neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed häired (F42-F43, F45-F48)	679	844	929	2452
Skisotüüpsed ja luululised häired (F21-F29, F06.2)	1933	140	57	2130
Mõõdukas vaimne alaareng (F71)	1608	94	127	1829
Muud mälu ja tunnetusprotsesside häired (F04-F05.0, F05.8, F05.9, F06.0, F06.7)	276	815	237	1328
Muud meeleoluhäired (F30-F39 va F32-F33)	546	206	213	965
Dementsus (F00-F03, F05.1)	647	54	229	930
Raske vaimne alaareng (F72)	501	21	65	587
Pervasiivsed arenguhäired (F84)	316	195	11	522
Psüühilise arengu spetsiifilised häired (F80-F83)	106	236	143	485
Sügav vaimne alaareng (F73) või muu täpsustatud või täpsustamata vaimne alaareng (F78-F79)	216	20	66	302
Dissotsiativsed häired (F44, F06.1, F06.5)	100	91	39	230
Muud psüühikahäired (F06, F06.6, F06.8, F06.9, F09, F99)	202	301	110	613
Inimesi kokku	24475	8023	32498	

Märkus: Tööealised (vanuses 16-62) inimesed, kel oli 2014. aasta 1. jaanuari seisuga tuvastatud püsiv töövõimetus määras 10-100% ning kelle ekspertiisi dokumentides sisaldusid märgitud diagnoosirühma kuuluv diagnoos

Märkus: PD – antud häire on esitatud ekspertiisidokumentides põhidiagnoosina; PKH KD – antud häire on esitatud mõne teise psüühika- ja käitumishäire kõrvaldiagnoosina; FTH KD – antud häire on ekspertiisidokumentides põhidiagnoosina märgitud nn füüsilise haiguse kõrvaldiagnoos

Allikas: SKA, autorite arvutused

Kehtiva poliitika rakendamisel on riik määratlenud meetmetele kvalifitseerumistingimused, mis tuginevad töövõimetusel administratiivsel tuvastamisel. Plaanimata töövõime toetamise reformi käigus muutub oluliselt hindamismetoodika, meetmete osutamise tingimused ja seeläbi muutub mõnevõrra ka poliitika sihtrühm. Formaalsete poliitika reeglite kõrval tuleb tähelepanu pöörata küsimusele, millises ulatuses taotlevad poliitika sihtrühma kuuluvad inimesed meetmetes osalemist (ingl *take up*). Näiteks Kerri (1983) taotlusprotsessi mudeli järgi sõltub taotlemine vajaduse tajumisest, toetusest ja teenustest teadlik olemisest, õiguste tajumisest, toetuse ja teenuse kasulikkuse tajumisest, taotlemise protsessi ja positiivse tulemuse kaalumise ning majandusliku olukorra stabiilsuse tajumisest. Sellest tulenevalt peaks vaimse tervise häiretega inimeste tööturul osalemist toetavate meetmete analüüsil mitte keskenduma üksnes varasemalt meetmetes osalenud inimestele, vaid arvestama ka neid inimesi, kes varasema poliitika järgi ei ole meetmetele kvalifitseerunud või kes ei ole meetmeid taotlenud, kuid kuuluvad selgelt uue poliitika sihtgruppi. Seda infot teades on võimalik paremini iseloomustada probleemi ja hinnata vajadusi, ehk kuidas peaks poliitikaga sekkuma. Seega võimaldab sihtrühma laiendamine ja enamate allikate kasutamine hinnata sisukamalt potentsiaalsete abivajajate hulka.

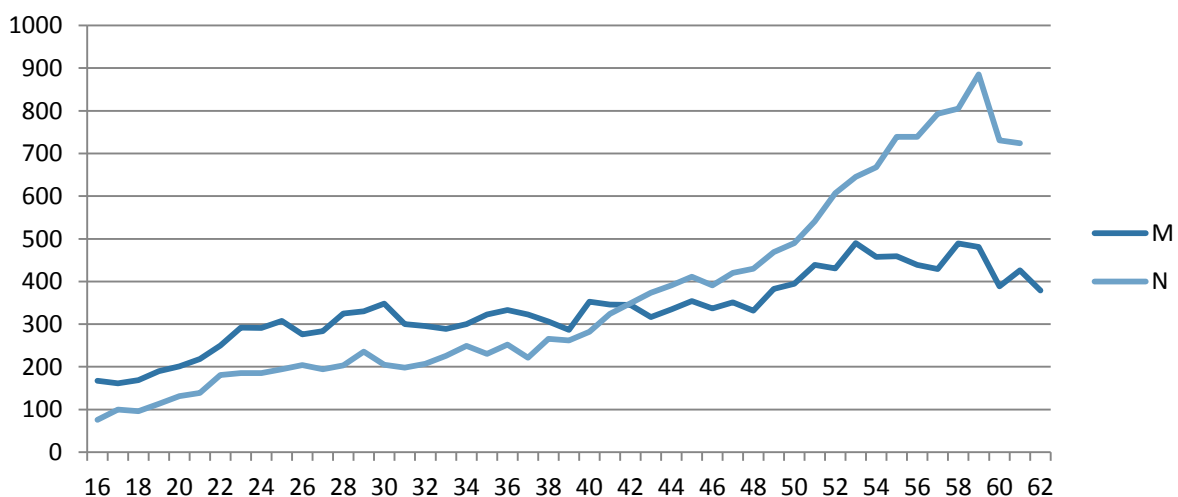
Eeltoodust tulenevalt on uurimismeeskond analüüsinud vaimse tervise häiretega inimeste kontingenti nii SKA, Töötukassa kui ka Haigekassa registriandmete alusel, seejuures täielikult teadvustades, et kõikidel juhtudel, kus vaimse tervise probleem mõjutab inimeste heaolu ning takistab tööelus osalemist, administratiivandmeid ei teki. Töö autorid on valinud käesolevasse peatükki vaid kõige ilmekamad statistilised andmed, mis võiks poliitikakujundajail aidata tabada selle Eestis seni marginaalselt käsitletud sihtrühma suurust ja heterogeensust.

4.3.1. SKA registriandmed

SKA administratiivandmetest oli uurimismeeskonna käsutuses töövõimetus ja puude raskusastme ekspertiisi andmed perioodi 2011-2014 kohta ning neis andmestikes sisalduvate inimeste 2013. aasta tõiselt tulult makstud sotsiaalmaksu andmed. Nagu eelpool öeldud, oli 2014. aasta alguses Eestis 32 498 tööalist inimest, kelle puhul oli SKA läbi viidud töövõimetus ekspertiisi raames tuvastatud töövõimekadu vahemikus 10–100% ning kelle ekspertiisidokumentidel oli märge psüühika- või käitumishäire kohta. Neist 24 475 inimesel oli psüühika- ja käitumishäire põhidiagnoos, 8023-l oli psüühika- ja käitumishäire märgitud kõrvaldiagnoosina mõne muu häire kõrval (vt Tabel 10).

Peamisteks psüühika- ja käitumishäireteks, mis mõjutavad püsivalt inimese töövõimet, on depressioon, vaimne alaareng, isiksus- ja käitumishäired, skisofreenia, psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired ning ärevushäired (vt Tabel 9 ja peatükis 2.1 toodud tabeleid). Nagu tabeleis kajastuv statistika ilmekalt demonstreerib, on mitmed vaimse tervise häired põhidiagnoosina tagaplaanil, kuid sagedaseks kaaslaseks füüsilise tervise häiretele. Vaid kolmandikul kõigist psüühika- ja käitumishäirega seotult tuvastatud töövõimekaoga inimestest sisaldub ekspertiisidokumentides vaid üks haigus, ligi kolmandikul on seevastu diagnoositud kaks või enam erinevatesse diagnoosirühmadesse kuuluvat psüühika- ja käitumishäiret. Mõni nn füüsilise tervise häire on märgitud ca pooltel kõigist psüühika- ja käitumishäirega tuvastatud töövõimekaoga inimestest (vt Tabel 10)

JONIS 7. PSÜÜHIKA- JA KÄITUMISHÄIREGA TÖÖVÕIMEKAOGA INIMESED SOO JA VANUSE JÄRGI, 2014



Märkus: Tööealised (vanuses 16-62) inimesed, kel oli 2014. aasta seisuga tuvastatud püsiv töövõimetus määras 10-100% ning kelle ekspertiisi dokumentides sisaldasid psüühika- ja käitumishäire diagnoos.

Allikas: SKA, autorite arvutused

TABEL 10. TUVASTATUD TÖÖVÕIMEKAOGA INIMESTE DIAGNOOSIKOMBINATSIOONID

KD	F=0			F=1			F=2+			Kokku
	M=0	M=1	M=2+	M=0	M=1	M=2+	M=0	M=1	M=2+	
PD F	10 937	2203	2725	3682	1055	1641	1108	397	727	24 475
PD Muu	x	x	x	831	1344	5009	97	159	583	8023
Kokku	15 865			6378			2232			32 498

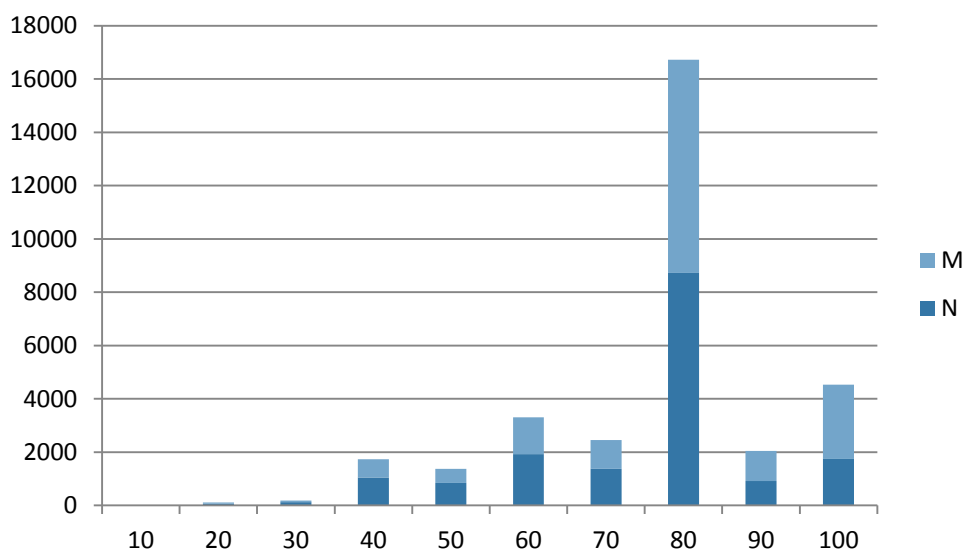
Märkus: Tööealised (vanuses 16-62) inimesed, kel oli 2014. aasta 1. jaanuari seisuga tuvastatud püsiv töövõimetus määras 10-100% ning kelle ekspertiisi dokumentides sisaldasid märgitud diagnoosirühma kuuluv diagnoos

Märkus: PD F – põhidiagnoos psüühika- ja käitumishäire; PD Muu – põhidiagnoos nn füüsilise tervise häire; KD – kõrvaldiagnoos; F=0 – psüühika- ja käitumishäire kõrvaldiagnoosina puudub, F=1 inimesel on ekspertiisidokumentides märgitud kõrvaldiagnoosina üks psüühika- ja käitumishäire; F=2+ – inimesel on ekspertiisidokumentides märgitud kõrvaldiagnoosina kaks või enam psüühika- ja käitumishäiret; M=0 inimesel ei ole diagnoositud psüühika- ja käitumishäire kõrval nn füüsilise tervise häireid; M=1 inimesel on inimesel on ekspertiisidokumentides märgitud kõrvaldiagnoosina üks nn füüsilise tervise häire; M=2+ inimesel on ekspertiisidokumentides märgitud kõrvaldiagnoosina kaks või enam füüsilise tervise häiret.

Allikas: SKA, autorite arvutused

Nagu kõikide teistegi häirete puhul, domineerib ka vaimse tervise häirega töövõimetus pensionäride seas vanuserühm 50+ (vt **Joonis 7**). Siiski on vaimse tervise häirega töövõimetus pensionäride keskmine vanus madalam, kui töövõimetus pensionäride populatsioonis üldiselt – 2012. aastal oli töövõimetus pensionäride mediaanvanus 51 eluaastat (Veldre *et al.* 2012), psüühika ja -käitumishäirega töövõimetus pensionäride mediaanvanus oli 2014. aastal 47 eluaastat. Kõige tüüpilisemaks tuvastatud töövõimekao määraks vaimse tervise probleemiga inimeste seas on 80% (vt **Joonis 8**) – analüüsimeeskonna hinnangul peegeldab see pigem hindamissüsteemi eripärasid ja hindajate harjumusi, mitte niivõrd sihtgrupi tegelikku töövõimet.

JOONIS 8. PSÜÜHIKA- JA KÄITUMISHÄIREGA SEOTULT TUVASTATUD TÖÖVÕIMEKAOGA INIMESED SOO JA TÖÖVÕIMEKAO MÄÄRA JÄRGI, 2014

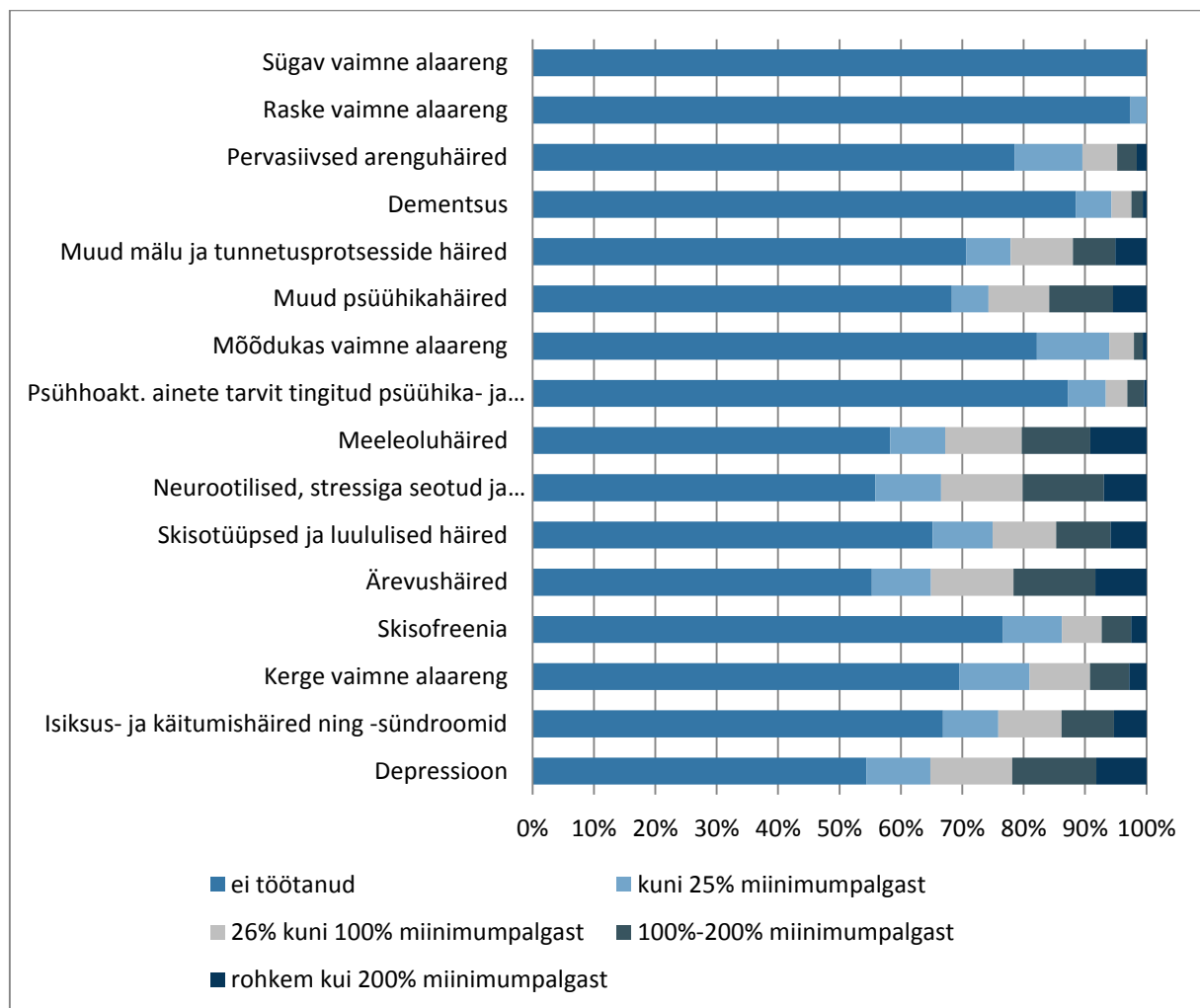


Märkus: Tööealised (vanuses 16-62) inimesed, kel oli 2014. aasta seisuga tuvastatud püsiv töövõimetus määras 10-100% ning kelle ekspertiisi dokumentides sisaldasid psüühika- ja käitumishäire diagnoos.

Allikas: SKA, autorite arvutused

Analüüsidest sihtgrupi töötamist, ilmneb, et 32 498 inimesest töötas 2013. aastal vaid kolmandik. Vaid 15% inimestest, kel on püsiv töövõimetus tuvastatud psüühika- ja käitumishäirega seotult, teenisid sotsiaalmaksuga maksustatavat töötasu ulatuses, mis vastas antud aasta miinimumtöötasule. Ootuspäraselt on häiregruppidel inimese tööhõivele ja tulule oluline mõju – kõige vähem osalevad hõives raske vaimse alaarenguga, dementsusega ja sõltuvushäiretega inimesed. Suhteliselt vähem mõjutavad hõives osalemist ja sissetulekuid sagedased vaimse tervise häired nagu depressioon, ärevushäired ja stressist tingitud vaimse tervise häired. Siiski ei ületa hõivemäär ühegi grupi puhul 50% (vt **Joonis 9**).

JOONIS 9. PSÜÜHIKA- JA KÄITUMISHÄIREGA TÖÖVÕIMEKAOGA INIMESTE SOTSIAALMAKSUGA MAKSUSTATUD TULU INIMESE PÕHIDIAGNOOSI JA TÖISE TULU SUURUSE JÄRGI, 2013 KALENDRIAASTA



Märkus: Tööealised (vanuses 16-62) inimesed, kel oli 2014. aasta seisuga tuvastatud püsiv töövõimetus määras 10-100% ning kelle ekspertiisi dokumentides sisaldasid psüühika- ja käitumishäire diagnoos.

Allikas: SKA, autorite arvutused

4.3.2. Töötukassa registriandmed

SKA administratiivandmeid lingiti ka Töötukassa andmekoguga, tuvastamaks, kui palju psüühika- ja käitumishäirega seotult tuvastatud töövõimekaoga inimestest on Töötukassas töötuna või tööotsijana arvel. Hoolimata sellest, et 2/3 eelpool nimetatud 32 298 inimest ei töötanud, oli sellest grupist 2014. aasta alguse seisuga Töötukassas arvel vaid 1294 ehk 4%. Väljavõtte tegemise hetkel novembris 2014 oli nimetatud

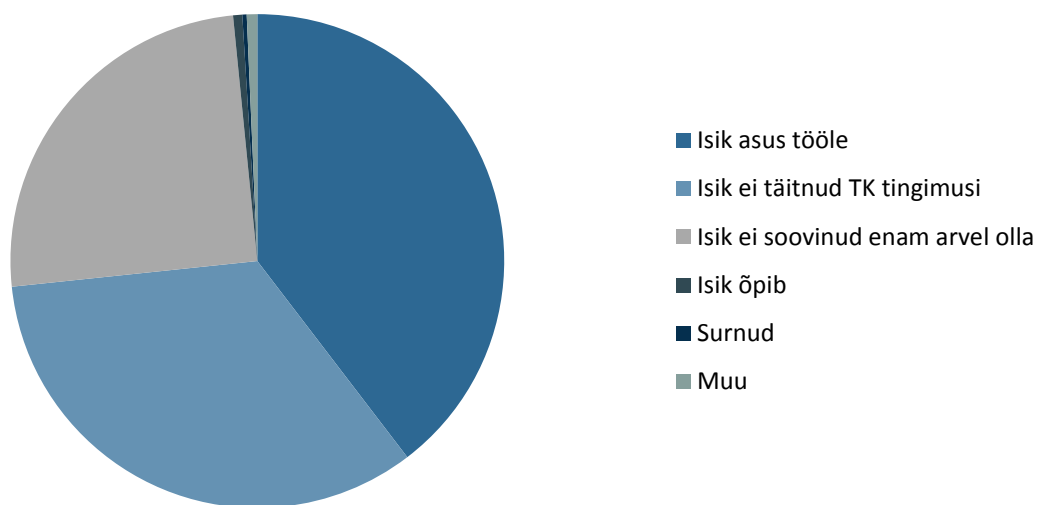
sihtgrupist Töötukassas arvel 630 inimest, kelle katkematu arvel olek oli kestnud keskmiselt 249 päeva (mediaanväärtus 146,5 päeva). Teisalt on perioodil 2012 algus kuni 2014 sügis külastanud Töötukassat 5648 tööealist inimest, kel on perioodil 2011-2013 olnud psüühika- ja käitumishäirega seotult nn kehtiv töövõimetus. Töötuskindlustushüvitist ja töötutoetust on neist seejuures saanud vastavalt 1411 ja 521.

TABEL 11. 2013 JA 2014 TÖÖTUKASSASSE PÖÖRDUNUD SIHTGRUPI ESINDAJATE HÕIVEST LAHKUMISE PÕHJUSED

Põhjus	Juhtumeid	Isikuid	Max juhtumeid in kohta
Põhjus teadmata	3462	2805	5
Koondamine	720	692	3
Tähtajalise töölepingu lõppemine	769	640	4
Töötaja algatusel	653	563	3
Poolte kokkuleppel	490	433	3
Mittevastavus tööle	406	382	3
Võlaõigusliku lepingu lõppemine	337	288	4
Katseaja ebarahuldavad tulemused	226	184	3
Töötaja süül	112	96	3
Pikaajaline töövõimetus	81	76	3
Tööandja pankrot	22	19	2
Tööandja poolne kohustuste rikkumine	18	18	1
Usalduse kaotamine	12	12	1
Asutuse likvideerimine	9	8	2
Süüdimõistev kohtuotsus	1	1	1
Kokku	7318	5648	8

Allikas: SKA, Töötukassa, autorite arvutused

JONIS 10. PSÜÜHIKA- JA KÄITUMISHÄIREGA TÖÖVÕIMEKAOGA INIMESTE TÖÖTUKASSAS ARVELOLEKU LÕPETAMISE PÕHJUSED, 2012-2014



Allikas: SKA, Töötukassa, autorite arvutused

Administratiivselt kategoriseeritud põhjused, miks Töötukassasse pöördunud psüühika- ja käitumishäirega inimesed on hõivest lahkunud, on toodud Tabel 11. Nende põhjal on siiski äärmiselt raske hinnata, kas ja mil määral on vaimse tervise häirega inimeste sihtgruppi esindavate töötajate töösuhte lõppemine seotud vaimse tervise häirega. Sisukate järelduste tegemiseks on vajalik siin võrrelda antud sihtgrupi andmeid referentsgruppidega (suhestades nt antud gruppi kogu Töötukassa klientuuriga ja/või psüühika- ja käitumishäireta töövõimetuspensionäridega). Oluline on siinkohal vaadata ka selle äärmiselt heterogeense sihtgruppi sisse, ning püüda tuvastada erinevusi häiregruppide sees – näiteks on teoreetiliselt võimalik, et oluline osa mittevastavuse või usalduse kaotamise põhjustest on näiteks seotud sõltuvushäiretega või mõnuainete kuritarvitamisega.

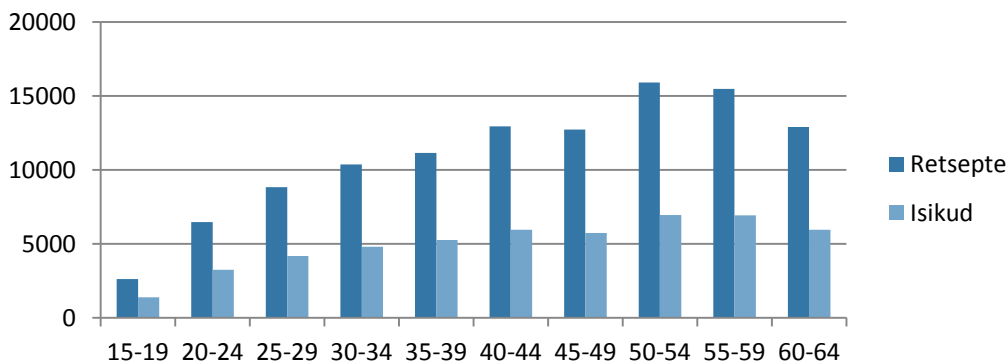
Peamised põhjused, miks arvel olek Töötukassas on lõppenud (kokku 6688 juhtumit), on seotud kas inimese tööle asumisega (40% juhtumeist), sellega, et inimene ei täida Töötukassa tingimusi (eelkõige ei ole inimene pöördunud kokkulepitud ajal Töötukassasse) (34%), või inimene ei soovinud enam arvel olla (25%) (vt Joonis 10). Teenuseid mida sihtgruppi esindavad töötud ja tööotsijad on kasutanud on kirjeldatud Tabel 12 lk 103.

4.3.3. Haigekassa registriandmed

Haigekassa ravikindlustuse andmekogust palus uurimismeeskond enda käsutusse need raviarvete ja retseptide andmed, millel kajastus mõni psüühika- ja käitumishäire ning nende retseptide ja raviarvetega seotud inimeste kindlustusandmed ja töövõimetuslehed. Kui tavapäraselt kirjeldatakse raviarvete ja retseptidega teenuse- ja ravimikasutust, siis antud juhul püüdis uurimismeeskond kirjeldada nende andmete alusel inimeste hulka, kel on diagnoositud mõni psüühika või käitumishäire.

Nimetatud administratiivandmete kohaselt pöördus 2013. aastal ravikindlustuse süsteemi poole 87 288 tööealist inimest, kelle raviarvel oli märges mõne psüühika ja -käitumishäire kohta. Detailselt on teenusekasutajaid kirjeldatud lisa 2, diagnoosipõhiselt on andmeid osaliselt kirjeldatud juba peatükis 2.1. Nagu nähtub Tabel 14 on ravisüsteemi poole pöördunute seas enim esindatud depressioon, ärevushäired ja muud neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed häired. Neile järgnevad isikus- ja käitumishäired ning -sündroomid ning psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäirete all kannatavad inimesed. 3/5 teenusekasutajaist olid naised, 2/5 mehed, sarnane suhe on ka ravimite kasutamisel – psüühika ja -käitumishäire raviks näidustatud ja arsti kirjutatud retsepti alusel välja ostetuid ravimeid kasutas 2013. aastal kokku 51 538 tööealist inimest (vt Joonis 11).

Joonis 11. PSÜÜHIKA- JA KÄITUMISHÄIRE RAVIKS NÄIDUSTATUD RETSEPTID JA RAVIMIKASUTAJAD VANUSE JÄRGI, 2013



Allikas: Haigekassa, autorite arvutused

5. Eesti meetmete süsteemi probleemkohad ja lahendusvõimalused

Inimeste tööelus osalemist toetavate meetmete analüüs näitab, et kuigi ühelt poolt on Eesti töö- ja sotsiaalpoliitikas üksikuid spetsiifiliselt vaimse tervise häirega inimestele suunatud meetmeid, on teisalt rohkesti kogu elanikkonnale või kõigile töövõimekaoga inimestele suunatud meetmeid, mille rakendamisel saab ka vaimse tervise häirega seotud töövõime probleeme nii ennetada kui ka lahendada. Et meetmed mõjusalt ja tõhusalt sihtrühmani jõuaksid ja vaimse tervise häirest tuleneva kahanenud töövõime ja piiratud tööhõivevõimega inimeste tööelu toetaks, võib mitmete meetmete puhul olla vajalik poliitika täpsustamine ja selle rakendamise parandamine, samuti võib olla põhjendatud täiendavate meetmete väljaarendamine ja rakendamine.

Peatükis sisalduv analüüs lähtub eelpool kirjeldatud kirjanduses välja toodud probleemidest ja lahendustest, hoogu võtva töövõimereformiga seondult tõstatatud probleemidest ja nende lahendamise ettepanekutest, töövõimetuspensionäridega ja tööandjatega läbi viidud intervjuude raames analüüsi-meeskonnaga jagatud kogemusest, vaimse tervise probleemidega inimesi oma töös igapäevaselt abistavate teenuseosutajatega läbiviidud ekspertintervjuudest ning töö raames toimunud ekspertintervjuudest ja -konsultatsioonidest.

5.1. Terviseprobleemide ennetamine

Vaimse tervise häiretega inimeste tööturul osalemise probleemide lahendamise üks olulisemaid komponente on terviseprobleemide ennetamine. Järgnevais alapeatükkides keskendutakse esmalt vaimse tervise häirete tekkimist või väljakujunemist soosivate psühhosotsiaalsete ohutegurite tuvastamisele töökeskkonnas ja stressiga toimetuleku oskuste parandamisele. Täiendavaid sekkumisi ohutegurite mõju maandamiseks käsitletakse hilisemates peatükkides – väljakujunenud vaimse tervise häirega inimeste tööellu integreerimise toetamine psühhosotsiaalsete ohutegurite maandamise kaudu töötab ühtlasi ka ennetavalt.

Psühhosotsiaalsed ohutegurid võivad olla vaimse tervise häire algpõhjuseks, soodustada sümptomite tekkimist, psüühika- ja käitumishäire välja kujunemist ja töövõime kahanemist. Psühhosotsiaalsete ohutegurite potentsiaalse negatiivse mõju hindamine on samas keeruline, sest erinevad situatsioonid ja ohutegurid mõjutavad erinevaid inimesi erinevalt (vt ka ptk 2 Vaimse tervise häirete problemaatika tööelus). Psühhosotsiaalsete ohutegurite tuvastamiseks peavad ettevõtted viima läbi riskianalüüsi ja kontrollima töötajate tervist, mille tulemusena on võimalik varaselt avastada vaimse tervise häire kujunemist soodustada võivaid ning vaimse tervise häirega inimese töövõimet mõjutavaid ohutegureid ning neile reageerida.

5.1.1. Riskianalüüs

Tervist või töövõimet kahjustavate töötingimuste tuvastamiseks on tööandjal kohustus viia töötaja osalusel läbi riskianalüüs, mis hõlmab ka töötajate vaimset tervist mõjutavate psühhosotsiaalsete ohutegurite analüüsi, ning koostada tegevuskava riskide maandamiseks (TTOS §-d 13 ja 14). Kuigi seaduses on psühhosotsiaalsed ohutegurid defineeritud (vt TTOS § 9 lg 2), on nende tegurite käsitlemise õigusaktides töö autorite hinnangul ebapiisav ja nende tegelikku mõju töötajate tervisele ja heaolule alahindav. TTOS § 13 lõike 5 järgi tuleb riskianalüüsi uuendada siis, kui töökeskkonna tingimused on muutunud. Olukorras, kus psühhosotsiaalseid ohutegureid ei teadvustata, on tõenäoline, et riskianalüüsi uuendatakse pigem füüsilise töökeskkonna muutumise korral. Kuna tööintensiivsus, töökollektiivid ja ülesannete kompleksus jt

potentsiaalselt vaimset tervist mõjutavad tegurid on pidevas muutumises, võivad psühhosotsiaalse keskkonna muutudes hakata realiseeruma riskid olukorras, kus töandja arvates on psühhosotsiaalsed riskitegurid korrektselt ja põhjalikult hinnatud.

EL sotsiaalpartnerite 08.10.2004 sõlmitud tööga seotud stressi kokkuleppe rakendamise raportis (European Commission 2011, 47) tuuakse Eesti töötervishoiu ja tööohutuse regulatsiooni kohta välja, et psühhosotsiaalsete ohutegurite käsitus on liialt üldine ning see ei peegelda subjektiivseid, sotsiaalseid faktoreid ja kommunikatsiooni dimensioone organisatsioonis, mille tõttu ei tuvastata riskianalüüsis liialt sageli vajadust töötajate suunamiseks tervisekontrolli. Vaimse tervise teenuste kaardistamise ja vajaduste analüüsis (Bogdanov ja Pertel 2012, 30) väidetakse samuti, et regulatsioon ei hõlma piisava detailsusega psühholoogiliste ohutegurite käsitlust töökohal ning soovitude järgi (*Ibid.*, 32) tuleks töökohal psühhosotsiaalsete riskide ennetamiseks ja varajaseks avastamiseks töökoha riskianalüüsil põhjalikumalt käsitleda psühholoogilisi ohutegureid ning selleks on vaja juhiseid ja täiendkoolitusi nii töandjatele, töökeskkonnavolinikele kui ka töötervishoiuarstidele.

Andmed näitavad, et psühhosotsiaalsete riskide tuvastamise kohustuse täitmine Eesti ettevõtteis on viimastel aastatel olnud problemaatiline. Uute ja tekkivate riskide alase Euroopa ettevõtete uuringu (ESENER, 2009) järgi viiakse riskianalüüs läbi 76–86% Eesti ettevõtteis (autorite arvutused), samas kui kõigest osalenud Euroopa riikide ettevõtetest teeb riskianalüüsi 86–88%. Samuti on Eestis (31-41%) võrreldes teiste uuringus osalenud riikidega (48-51%) vähem ettevõtteid, kes analüüsivad terviseprobleemidest tuleneva töökatkestuse põhjuseid, sh töötingimusi, mis võisid soodustada haiguse või töövõime probleemi tekkimist. Riskianalüüsi läbiviimise jätkuval probleemsele viitavad ka Tööinspektsiooni administratiivandmed, mille järgi puudus 2013. aastal pea igas kaheksandas külastatud ettevõttes riskianalüüs ja igas seitsmendas ettevõttes oli riskianalüüs puudulikult tehtud või vajas täiendamist (Tööinspektsioon 2014). Samas on ESENERi (2009) järgi (autorite arvutused) saanud 51-67% Eesti ettevõtetes sealseid töökeskkonnavolinikud tööstressialast koolitust, samas kui näiteks Rootsis ja Soomes on töötajate esindajad koolitust saanud vastavalt 37-49% ja 26-34% ettevõtetest.

Varasemalt on argumenteeritud, et riskianalüüsi läbiviimist ettevõtetes võivad mõjutada majanduslikud stiimulid. Töötervishoiu ja tööohutuse strateegias 2010-2013 pakutakse välja visioon, kus 2013. aastaks toimib Eestis ennetusele suunatud tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse süsteem (Sotsiaalministri käskkiri nr. 2010, lk 6). Strateegia järgi peaks tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse süsteem tekitama majanduslikud stiimulid vähendamaks töökeskkonna negatiivset mõju töötaja tervisele. Ka Bogdanov ja Pertel (2012, 31) leiavad, et tööõnnetuse- ja kutsehaiguskindlustuse süsteem võiks aidata ühtlustada töökeskkonna riskianalüüside kvaliteeti, sealhulgas senisest enam arvestada töö psühholoogiliste ohuteguritega.

Samas saab eeldada, et kindlustussüsteemi majanduslikud stiimulid mõjutavad psühhosotsiaalsete ohuteguritega tegelemist üksnes siis, kui töandja kulutused sissemaksete näol varieeruvad lähtudes (1) töökeskkonna psühhosotsiaalsete riskide määrast, (2) psühhosotsiaalsete riskide maandamise ja psühhosotsiaalsete terviseprobleemide ennetustegevuste rakendamise määrast, (3) psühhosotsiaalsete terviseprobleemide esinemise määrast või (4) nimetatute kombinatsioonidest. Olukorras, kus käesolevalt puudub usaldusväärne teadmine, millised psühhosotsiaalsed ohutegurid ja millises ulatuses terviseprobleeme tekitavad, on diferentseeritud maksemääradega kindlustussüsteemi loomisel riskide määrade alusel erinevate maksemäärade kujundamine mõneti problemaatiline. Üldistatud teadmisest lähtumine võib luua ohu teatud tunnustega ettevõtete (nt tegelemine aktiivse müügiga, väliskeskkonnast tulenev pidev vajadus kohanduda jmt) järjekindlaks n.ö karistamiseks kõrgema maksemääraga võimaluseta seda preventiivse tegevusega oluliselt mõjutada. Psühhosotsiaalsete riskide maandamise ja psühhosotsiaalsete terviseprobleemide ennetustegevuste rakendamise määra alusel kindlustusmakse määrade kujundamisel ei saa aga ilmselt olla universaalset lahendust ja tegevuste piisavus peab lähtuma ettevõtte riskiprofiilidest

(näiteks peaks riskide juhtimise komplekt olema päevakauplemisega tegelevas finantsvahendustevõttes ilmselt mõnevõrra erinev ennetustegevusest akadeemilises raamatukogus). Kuna, nagu juba öeldud, usaldusväärset teadmist psühhosotsiaalsete ohutegurite vahetust mõjust tervisele napib, eeldab sellise lahenduse juurutamine osapoolte kokkulepet, milliste ohutegurite puhul peavad olema täidetud nende mõju potentsiaalselt maandavad tegevused (nt riskiprofiilide lõikes). Kui maksemäärade kujundamisel lähtuda vaid psühhosotsiaalsete terviseprobleemide esinemisest, on tööandjatel teoreetiliselt võimalik selekteerida töötajaid psühhosotsiaalse terviseprobleemi tekkimise tõenäosuse järgi. Teades, et paljud vaimse tervise probleemid on kroonilised ja/või taasesinevad, võib lihtsustatud kindlustuslahenduse korral tekkida tööandjatel majanduslik stiimul mitte palgata inimesi, kelle puhul viitavad märgid vaimse tervise probleemide esinemisele või siis lõpetada töösuhe töötajaga, kellel korra on tekkinud töövõimetus või töökätketus, et ennetada probleemi taasesinemisel kindlustuse sissemakse suurenemist.

Varieerides kindlustussüsteemi sissemakseid ennetustegevuse alusel, tekib kohe ka küsimus, kas see majanduslik stiimul on tõhus (ingl *efficient, not effective*) võrreldes teiste meetmetega (nt teised majanduslikud stiimulid nagu riskianalüüside kulu hüvitamine, teadmiste levitamine puuduva või madala omaosalusega koolituste ja konsultatsioonide kaudu). Teaduskirjanduses on käsitletud küll kindlustussüsteemide ja teiste majanduslike stiimulite mõju töökeskkonnale ja sellest lähtuvatele terviseprobleemidele (vt European Agency for Safety and Health at Work, 2010), kuid teadaolevat ei ole seda tehtud psühhosotsiaalsete terviseprobleemide spetsiifiliselt.

Positiivse õiguse normi rakendamise toetamiseks on Euroopa Liidu tasandil psühhosotsiaalsete riskide analüüsi toetatud erinevate algatustega, näiteks Vanemtööinspektorite Komitee (Senior Labour Inspectors Committee, SLIC) psühhosotsiaalsete riskide teadvustamise ja järelevalve kampaaniaga⁴⁴, mille käigus levitati informatsiooni ja pakuti nõustamist, kuidas viia läbi psühhosotsiaalsete ohutegurite ja selle riskianalüüsi järelevalvet ettevõtetes. Abistamaks tööandjat psühhosotsiaalsete ohutegurite analüüsil pakub Tööinspeksioon alates 2010. aastast tasuta veebipõhist tööstressi kaardistamise tarkvara (vt <http://www.stressivastu.ee>).

Kirjeldavates poliitikaanalüüsides (nt Eurofound and EU-OSHA 2014, 55–64; OECD 2012, 68–69) ja teaduskirjanduses tuuakse välja teisi erinevaid võimalusi psühhosotsiaalsete ohutegurite maandamiseks ja psühhosotsiaalsete terviseprobleemide ennetamiseks. Valdavalt ei ole neid meetmeid siiski meetoodiliselt hinnatud, mistõttu pole ka kindlat teadmist, millised meetmed töötavad ning kui tõhusalt.

Kirjeldatut arvesse võttes leiavad autorid, et psühhosotsiaalsete riskide maandamise parandamiseks Eesti ettevõtteis-asutis peaks olema esmaseks valikuks olemasoleva meetmestiku täielik rakendamine ja väljaarendamine. Nii võib olla põhjendatud töötervishoiu ja tööohutuse seaduses psühhosotsiaalsete riskitegurite ja terviseprobleemide käsitlemise täpsustamine, et luua eeldused selleks, et tööandjad ja töötajad mõistaksid paremini üldnormi, mille kohaselt vastutab tööandja töökeskkonna ohutuse eest ja töötajal on kohustus teavitada tööandjat tema tervist mõjutada võivatest teguritest. Sõltumata normi täpsustamisest on riigil võimalik muuta riskianalüüsi läbiviimise kohustus mõjusaks, pakkudes tööandjatele ja töötajatele senisest põhjalikumaid juhiseid just psühhosotsiaalsete ohutegurite tuvastamiseks ning maandamiseks (ning rakendada toetavat teavitustegevust).

Et motiveerida tööandjaid riskianalüüsides ja tegevuskavas käsitlema psühhosotsiaalseid ohutegureid senisest põhjalikumalt, võib vajalik olla töökeskkonnaspetsialistide ja töökeskkonna volinike koolituse õppekava täiendamine psühhosotsiaalsete ohutegurite, psühhosotsiaalsete terviseprobleemide ning

⁴⁴ [SLIC \(2012a\), SLIC Inspection Campaign 2012: Final report](#)

töövõimeprobleemide ennetamise ja lahendamise mooduliga⁴⁵ ning pakkuda neile vajadusel teadmispõhist konsultatsiooni, mis suurendab nende võimalusi riskianalüüsi läbiviimisel vaimse tervise probleemide algpõhjuseid või vaimse tervise sümptomaatika ja töövõime probleemide avaldumist ennetada ja lahendada.

On mõttekoht, milline saaks ja peaks olema Tööinspektsiooni roll tööandjate motiveerimisel. Psühhosotsiaalsete riskide maandamisele saab enam tähelepanu pöörata järelevalvetegevuse käigus, milleks tuleb leida sobivad meetodid, kuidas inspektor saaks tuvastada vajakajäämisi psühhosotsiaalses töökeskkonnas ja selle juhtimises. Olulisem on aga järelevalve tegevuse käigus tööandjate nõustamine psühhosotsiaalsete ohutegurite käsitlemisest riskianalüüsis ja tegevuskavas, mis suurendab võimalusi ennetada vaimse tervise häirete teket ja väljakujunemist ning töövõime kahanemist seotuna vaimse tervise häirega.

5.1.2. Töötervishoiuarsti tervisekontroll ennetava meetmena

Töötavad inimesed peavad käima regulaarselt tööandja korraldatavas töötervishoiuarsti tervisekontrollis, mille raames hindab töötervishoiu arst töötaja tervislikku olukorda, arvestades seejuures ohutegureid, millega töötaja peamiselt kokku puutub (vt ka ptk 4.2.1. Vaimse tervise häirete ennetamine). TTOS § 13 lõike 1 punkt 7 kohustab tööandjat korraldama tervisekontrolli töötajale, kelle tervist võib tööprotsessi käigus mõjutada töökeskkonna ohutegur või töö laad. Siinjuures ei täpsusta aga seaduse alusel välja antud määrus üksikasjalikult ja selgesõnaliselt, kas see hõlmab ka näiteks töölaadi kui psühhosotsiaalset ohutegurit. Seaduse üldnormi järgi on töötervishoiuarstil keskne roll tööga seotud terviseprobleemide uurimisel (TTOS § 23), kuid ka siin on norm üldine. Näiteks ei ole võimalik üheselt järelada, et nn tööalase läbipõlemisena avalduv vaimse tervise häire on tööga seotud terviseprobleem, mille tuvastamisel ning uurimisel peaks olema roll ka töötervishoiuarstil ja tervisekontrollil kui töötervishoiuteenusel (vt ka ptk 5.2. Vaimse tervise probleemi avastamine ja tervise taastamine).

ESENER (2009) järgi jääb selle psühhosotsiaalseid riske ja terviseprobleeme potentsiaalselt tuvastada võimaldava kohustuse rakendamisel Eesti ettevõtetes ka vajaka. Uuringu järgi kasutab Eesti ettevõtetest töötervishoiuarsti teenust 61-71% (autorite arvutused), mis on küll võrreldav kõikide uuringus osalenud Euroopa riikide ettevõtete näitajaga (67-69%), kuid jääb siiski oluliselt maha eesrindlikematest riikidest nagu Soome (96-98%) ja Rootsi (77-84%). Sama uuringu järgi kasutab Eesti ettevõtetest töötervishoiu teenusena psühholoogi teenust 5-11%, samas kui uuringus osalenud Euroopa riikide koondnäitaja on 15-74%, ning eesrindlikest naaberriikidest Soomes ja Rootsis on see vastavalt 48-55% ja 61-68%. Seega viitavad piiratud empiirilised andmed, et tervisekontrolli rakendamise määr iseenesest ei soosi kõigis ettevõtteis psühhosotsiaalsete ohutegurite ja seonduvate terviseprobleemide märkamist.

Tööandjate esindajatega ja vaimse tervise valdkonna ekspertidega toimunud fookusgruppides ja grupi-intervjuudes jäi kõlama seisukoht, et praktikas on töötervishoiuarsti tervisekontrolli osutamisel psühhosotsiaalsete riskide käsitus pigem formaalne; piiratud aja vältel (20-60 minutit) toimuva tervisekontrolli raames on fookus pigem füüsilisel tervisel ning selles kontekstis küsitavaid kontrollküsimusi vaimse tervise teemal ei pruugi töötajad võtta asjakohastena. Samuti ei pruugi olukorras, kus kontakt tervishoiuteenuse pakkujaga on töötajal toimunud tööandja kaudu, olla töötajad valmis oma vaimsest tervisest või tööandja negatiivsest käitumisest avatult kõnelema. Seega on võimalik, et töötervishoiuarsti tervisekontroll ei täida praktikas psühhosotsiaalsete riskide realiseerumisest tulenevate tervisehäirete märkamisel seda potentsiaali, mis sel teoreetiliselt on.

⁴⁵ vt Töötervishoiu- ja tööohutusalase väljaõppe ja täiendõppe kord

Autorite hinnangul võib psühhosotsiaalsete riskide marginaalne käsitlus töötervishoiuteenuse kontekstis tuleneda otseselt eelmises alapeatükis käsitletud psühhosotsiaalsete ohutegurite marginaalsest käsitlusest TTOSis ja selle alusel kehtestatud rakendusaktides⁴⁶, mille alusel töötervishoiuteenust osutatakse. Vaid seaduse täitmisest huvitatud tööandjad ei pruugi olla huvitatud teenuse potentsiaali maksimaalsest kasutamisest oma töötajaskonna tervise kaitsmiseks. Töötervishoiuteenuse pakkuja püüdnud käsitleda psühhosotsiaalseid riske tavapärasest mahukamalt kergitab tõenäoliselt teenuse hinda selliselt, et vähempakkumise kontekstis ei ole sellist teenust võimalik teenusepakkujal jätkusuutlikult osutada.

Varasemas Eesti konteksti avavas analüüsis (Bogdanov ja Pertel 2012, 32) on argumenteeritud, et vaimse tervise ohutegurite ja probleemide varaseks märkamiseks ja sekkumiseks jääb vajaka spetsiifilistest töökeskkonnaspetsialistide ja töötervishoiuteenuse osutajate tööjuhenditest ning spetsiifilise väljaõppega spetsialistidest. Samuti leitakse, et oluline on töötervishoiuarsti tervisekontrolli raames viia läbi põhjalikum töötajate vaimse tervise hindamine koos psühhosotsiaalsete ohutegurite käsitlemisega ning töötada välja vastavasisuline juhised töötervishoiuarstidele. Analüüsile eelnenult heaks kiidetud sotsiaalministeeriumi strateegiadokumendis Töötervishoiu ja tööohutuse strateegia 2010–2013⁴⁷ tõdetakse, et kuna töö(tervishoiu) psühholoogide erikoolitus Eestis puudub, tuleks kindlaks määrata töötervishoiuspetsialistide pädevuse miinimumnõuded, koostada mittemeditsiiniliste töötervishoiuspetsialistide kutsestandard (lk 16) ning vajadusel juurutada töötervishoiupsühholoogia õpetamine kas spetsialiseerumisvõimaluse loomisega mõne Eesti kõrgkooli juurde (eelduseks õppekava loomine) või alustada välja- või täiendõppe toetamisega välisülikooli juures stipendiumiprogrammide abil (lk 14). Ka Bogdanov ja Pertel (2012, 41) leiavad, et vaimse tervise probleemide ennetamiseks ja sekkumiste läbiviimiseks töökohal on vajalik tööpsühholoogi kaasamine, mistõttu on oluline välja töötada õppekava ja kutsestandard ning planeerida tööpsühholoogide integreerimist töötervishoiuarsti meeskondadesse. 2012 aastal avatigi Tallinna Tehnikaülikoolis töö- ja organisatsioonipsühholoogia (ingl *Work and Organizational Psychology*) magistriõppekava⁴⁸. Bogdanov ja Pertel (2012, 38) on hinnanud, et Eestis oleks vaja 80-90 tööpsühholoogi, et võimaldada süsteemset töötervishoiuteenuse osutamist koos töötervishoiuarstidega (samal ajal oli Terviseametis 2012. aastal registreeritud vaid kaks tööpsühholoogi, kumbki ei töötanud töötervishoiuarsti meeskonnas; siinse töö autorite teada on aastal 2015 tegutsevaid tööpsühholooge vähemalt viis).

Kuigi käesoleva töö teaduskirjanduse ülevaates ei tuvastatud empiirilisi analüüse, mis käsitlevad spetsiifiliselt töötervishoiuarsti ja tööpsühholoogi rolli seotuna tööandjate teadlikkuse ja tegevusega psühhosotsiaalsete ohutegurite maandamisel, saab ptk-s 3 käsitletud uuringute toel üheselt väita, et tööandja ja töötajate vaimse tervise alane teadlikkus on oluline probleemide varajaseks märkamiseks ja sekkumiseks; töötervishoiuarsti ja tööpsühholoogi potentsiaali teadlikkuse kasvatamisel on võimalik enam rakendada ning viia nende abil täiendavat ekspertiisi organisatsioonidesse ning toetada organisatsioonide töökeskkonnaspetsialistide ja -volinike pädevuse parandamist.

Eelnevale toetudes leiavad autorid, et kirjeldatud probleemkoha üheks keskseks lahenduseks võib olla regulatsioonis töötervishoiuarsti tervisekontrolli rolli täpsustamine psühhosotsiaalsete ohutegurite ja seonduvate tervise- ja töövõime probleemide tuvastamisel. Siinjuures võib vajada eritähelpanu küsimus tervisekontrolli sagedusest – tervisekontrolli sageduse määrab töötervishoiuarst, kuid see ei tohiks toimuda mitte harvem kui üks kord kolme aasta jooksu (Töötajate tervisekontrolli kord § 5). Kui psühhosotsiaalsed tegurid on avaldanud negatiivset mõju inimese vaimsele tervisele, võib olla vajalik sagedasem

⁴⁶ vt Sotsiaalministri 24.04.2003 määrus nr 74 „Töötajate tervisekontrolli kord“, RTL 2003, 56, 816.

⁴⁷ Töötervishoiu ja tööohutuse strateegia 2010-2013.

⁴⁸ <http://www.ttu.ee/?id=31856>

tervisekontroll veendumaks, et negatiivsed riskid on täielikult maandatud ja eelnenud olukord on taastunud. Samuti võivad sagedasemat kontrolli vajada kroonilise kuluga vaimse tervise häire all kannatajad, kuna häire mõju tööelule on ajas muutuv ja selle avaldumist võivad mõjutada perioodiliselt muutuvad psühhosotsiaalsed ohutegurid (samad psühhosotsiaalsed ohutegurid võivad mõjutada tervist ja töövõimet muudest teguritest tingituna perioodiliselt erinevalt). Vaimse tervise häirega inimeste suurenev teenusevajadus tekitab aga koheselt korraldusliku küsimuse, ehk kuidas tagada, et vaimse tervise häirega inimeste tervisekontroll ei tooks tööandjale oluliselt suuremat kulu kui on kulu häireta töötaja tervisekontrolli korral. Siin on üheks teoreetiliseks lahendusvariandiks kroonilise tervisehäirega (ka osalise töövõimega) inimeste tervisekontrollide kulu osaline või täielik kompenseerimine sotsiaalkindlustusfondidest või riigieelarvest. Selle põhjendatuse argumenteeritud hindamiseks on aga vajalik põhjalikum täiendav analüüs.

Tervisekontrolli ja riskianalüüsi kvaliteeti võib aidata parandada ka ettevõtte töökeskkonna riskianalüüsi läbiviimine töötervishoiuarsti või tööpsühholoogi osalusel või juhtimisel. Neutraalse ja pädeva eksperdina saavad nad oma ekspertiisi raames võimalikke psühhosotsiaalseid ohutegureid objektiivsemalt käsitleda ning aidata koostada kvaliteetsema riskianalüüsi ja tegevuskava riskide maandamiseks. Omades paremat ülevaadet töökeskkonna riskidest on töötervishoiuarstil võimalik täpsemalt ja ka varem hinnata erinevate tegurite võimalikku negatiivset mõju töötaja tervisele. Ka siin on konkreetsemateks soovitusteks vajalik täiendav korralduse analüüs – töötervishoiuarstide või tööpsühholoogide panuse suurendamine nõ kohustuslikus korras õigusaktide muutmise kaudu tingib ilmselt suureneva kulu töötervishoiuteenusele, kuid ettevõtjate koormuse suurendamine eeldab riigilt põhjalikku kaalutlemist ja selgitamist. Täiendavat analüüsi vajab, milline on töötervishoiuarstide ja tööpsühholoogide ettevalmistus ja valmidus oluliselt suurenevaks koormuseks. Ka ei pruugi kõigis käesolevas töös käsitletud aspektides töötervishoiuarstide ja tööpsühholoogide rolli suurendamine olla asjakohase inimressurssi nappusel koheselt võimalik.

Lisaks võib olla vajalik parandada psühhosotsiaalsete ohutegurite pädevaks käsitlemiseks spetsiifilist väljaõpet ja välja töötada juhendid töötervishoiuarstidele ja mittemeditsiinilise haridusega töötervishoiu-spetsialistidele, et nad saaksid võimalikult tõhusalt konsulteerida tööandjat ja töötajaid (sh tööandja töötervishoiuspetsialisti ja töötajate töökeskkonnavolinikku) psühhosotsiaalsete ohutegurite ja seotud terviseprobleemide osas. Töötervishoiuspetsialistide ja -arstide heatasemeline ettevalmistus võib ka töötervishoiuteenuse pakkumise muid aspekte muutmata võimaldada ettevõtteil täita olemasolevaid kohustusi senisest paremini ja levitada ettevõtetes parimat praktikat, mille tulemusena kasvab ka kohustuste täitmine ja selle täitmise kvaliteet. Töökeskkonnaspetsialistide ja töökeskkonnavolinike koolitamine ja konsulteerimine psühhosotsiaalsest tervisest ja töövõimest võib toetada ettevõtte või asutuse töötajate varasemat pöördumist tervishoiusüsteemi abi otsimiseks.

5.1.3. Stressiga toimetulek

Üks kesksemaid töökeskkonnas olevaid psühhosotsiaalsete ohutegurite tagajärgi on stress ja düstress, mis võivad kahandada töötaja töövõimet ning olla vaimse tervise häire tekkimise või välja kujunemise teguriks. Kirjandusülevaate kohaselt aitab vaimse tervise häirete välja kujunemist ja avaldumist ennetada stressiga toimetuleku oskuse arendamine (vt ka ptk 3.1. Töövõimekao ennetamine töökohal). Kirjanduses käsitletakse erinevaid inimese ja organisatsiooni tasandi meetmeid, mida iseloomustavad järgmised märksõnad: kognitiiv-käitumuslik treening, psühhoterapia, nõustamine, kohanemisoskuste treening, suhtlemisoskuste treening, sotsiaalne tugi, lõdvestusharjutused, sõeluuring stressi tuvastamiseks, stressi juhtimise ja toimetuleku koolitus, vaimse tervise alase teadlikkuse (ingl *mental health literacy*) parandamine, vaimse tervise teadlik kujundamine, psühhoharidus/patsiendiõpe (*psychoeducation*), (töö)psühholoogi või psühhiaatri konsultatsioonile suunamine sümptomite tekkel, sümptomaatikaga toimetuleku oskuste

arendamine. Süstemaatilise kirjandusülevaate järgi on piiratud tõendeid, et need sekkumised aitavad ennetada inimese vaimse tervise probleeme, parandada töövõimet ning psühhosotsiaalset töökeskkonda.

Siinse uuringu käigus läbi viidud dokumendianalüüs lubab väita, et Eestis ei pakuta tööandjatele ja töötajatele süstemaatiliselt informatsiooni ja konsultatsiooni sekkumiste kohta, millega oleks võimalik tõise stressiga toimetulekut parandada. Ka tööandjate esindajatega toimunud fookusgruppide arutelu viitab sellele, et puudub kergesti kättesaadav informatsioon ja konsultatsioonivõimalused stressiga toimetuleku ja maandamise viisidest. Teisalt peegeldus fookusgruppides teenuseosutajatega ja ekspertintervjuudes, et väljakujunenud psüühika- ja käitumishäirega (sh vaimupuudega) inimeste sotsiaalse ja tööalase rehabilitatsiooni raames toimub sümptomaatika kontrollimine, töökeskkonnas toimetulekuoskuste ja võimekuse kontrollimine ja arendamine (see uuring aga ei võimalda hinnata nende alamteenuste muid karakteristikuid, näiteks teenuse geograafilist kättesaadavust).

Autorite hinnangul on vajalik, et poliitikakujundajad otsiksid lahendusi töötajatele ning tööandjatele teadmiste, koolituste ja konsultatsiooni pakkumise võimaluste avardamiseks, et töötajatel oleksid paremad oskused stressiga toimetulemiseks, et seeläbi ennetada vaimse tervise probleemide ja töövõime kao tekkimist, ning soodustada nende probleemide varakult avastamist töökeskkonnas.

5.2. Vaimse tervise probleemi avastamine ja tervise taastamine

Eestis on loodud tugevad põhimõttelised eeldused selleks, et nii töötaval kui ka tööd otsival inimesel oleks vaimse tervise häire algamisel või kordumisel võimalik saada professionaalset esmast abi. Täna ses tervise parandamise ja töövõime taastamisega seotud meetmestiku komplektis on olemas kõik komponendid, mis võimaldaks märgata vaimse tervise ja sellega seonduva töövõime kao probleemi ja sellele reageerida. Toetudes dokumendianalüüsile ja töö raames toimunud grupi- ja individuaalintervjuudele ekspertidega saab aga järeldada, et nende komponentide rakendumise mehhanism ei pruugi tagada vaimse tervise häire varajast avastamist ja sekkumist.

5.2.1. Ravi kättesaadavus

Psühhiaatria eriala arengukavas (Eesti Psühhiaatrite Selts 2012) esitatud hinnangu kohaselt on Eestis psüühikahäirete all kannatavate inimeste hulk ilmselt oluliselt suurem kui abi saajate reaalne arv ning ravi-juhtude prognoos peegeldab pigem abiandjate võimekust ja/või vahendeid abi andmiseks. Analüüsides psühhiaatrilise abi kättesaadavust torkab silma piiratud ja geograafiliselt ebavõrdne eriarstiabi teenuse kättesaadavus. Näiteks varieerus 2015. aasta 1. jaanuari seisuga psühhiaatria ambulatoorse ravi järjekord 1 päevast (Läänemaa ja Valga haiglas) enam kui kahe kuuni (61 päeva Põhja-Eesti Regionaalhaiglas ja 75 päeva Lääne-Tallinna Keskhaiglas) (Haigekassa 2015). Olukorras, kus ambulatoorne psühhiaatriline ravi ei ole piisavalt kättesaadav, peab perearstiabi tasandil olema piisav võimekus diagnoosida ja ravida psüühika- ja käitumishäireid.

Samas arengukavas tõstetakse eraldi esile sõltuvusravi halba kättesaadavust Eestis ning leitakse, et pigem on ravi kättesaadavus alkoholi-sõltuvuse ravivõimaluste osas vähenenud ning ravi piirdub sageli vaid lühiaegse detoksikatsiooniga alkoholivõõrutusseisundi korral ja piiratud hulga asendusravi kohtadega opiaadisõltlastele. Sõltuvusseisundite psühholoogilise ravi võimalused praktiliselt puuduvad, nagu ka võimalus pikemaajaliseks statsionaarseks raviks ja rehabilitatsioonivõimalustega kombineeritud toetava ravivõimalused alkoholisõltlastele. (Eesti Psühhiaatrite Selts 2012)

Psühhiaatria ambulatoorse ravi kontekstis tõstetakse esile just psühhoteeraapia teenuse rasket kättesaadavust Eestis (Kleinberg *et al.* 2011). Vaimse tervise häirete korral, kus häire tekkimisel või püsimisel on olulisel kohal psühholoogilised ja psühhosotsiaalsed tegurid, tuleks eelistada psühhoteeraapiat medika-

mentoossele ravile või neid kahte kombineerida (*Ibid.*). Vaimse tervise häirete korral, mis on tekkinud töökeskkonnast lähtuvate psühhosotsiaalsete ohutegurite realiseerumise tagajärjel, peaks psühhoterapia olema seega alati rakenduv ja pigem esmane sekkumine. Psühhoterapia piiratud kättesaadavuse tingimustes ei pruugi kättesaadavama medikamentoosse ravi rakendamine sellistel puhkudel olla tulemusrikas ning seisund võib pikalt püsida või hoopis halveneda. Pikad ravijärjekorrad võivad luua olukorra, kus kohtumine terapeudiga toimub pikkade intervallidega, mis läbi ei pruugi nn rääkimisteraapia olla edukas; teenuse osutamise loogika võib tingida ka terapeudi vahetumise teraapia kestel, mis võib samuti kahjustada teraapia efektiivsust. Olukorras, kus töötav inimene ei saa mitme kuu vältel tööelu mõjutava häirega seondult professionaalset abi, võib tähendada mitme kuu vältel töötamise jätkamist piiratud produktiivsusega või võib inimene vajada pikaajalist töökatkestust ja jääda tööelust kauaks kõrvale.

Teisalt on oluline märkida, et nn psühhiaatrilised sekkumised ei toimu üksnes ravikindlustusest rahastatavas meditsiinisüsteemis. Selle uuringu raames toimunud fookusgruppides tööalase rehabilitatsiooni teenuste osutajatega (sh Töötukassa juhtumikorraldajaid) käsitleti ka kliinilise psühholoogi ja psühhiaatri teenuste osutamist rehabilitatsioonitegevuse käigus ning mõndi, et vähemalt ühes maakonnas pakub Töötukassa juba täna psühholoogilise nõustamise teenuse ja individuaalse juhtumikorralduse raames ka individuaalset või grupiteraapiat; abivajajate huvides ja koostöös rehabilitatsiooniteenuse pakujatega kombineeritakse piiratud mahus psühholoogilise nõustamise (kuni kümme nõustamisesisoodi juhtumi kohta) teenust SKA administreeritava rehabilitatsiooniteenuse raames pakutavate psühhiaatriliste teenustega suunates vajadusel inimese saama ka täiendavat abi tervishoiusüsteemist. Teenuste hea tava järgi hõlmavad kaitstud töö ja toetatud töö vajadusel kognitiivkäitumuslikke teraapiaid töövõime parandamiseks.

Arvestades Töötukassa uuenevat rolli osalise töövõimega inimeste tööelu toetamisel tööturu- ja rehabilitatsiooniteenuste pakkumise kaudu, võib olla põhjendatud senisest mahukamate ja intensiivsemate terapeutiliste sekkumiste otsene pakkumine tööturuteenuste kontekstis. Põhjendatud võib olla ka psühholoogilise nõustamise raames või sellele lisaks disainitava eraldi teenusena pakkuda piiratud tööhõivevõimega inimestele nõustamist ja koolitamist tööpühholoogide ja kliiniliste psühholoogide poolt patsiendihariduse võtmes, võimaldamaks kahanenud või muutliku töövõimega inimestel tulla terviseseisundit arvestavalt ka tööeluga toime. Milline on Eestis aktsepteeritav lahendus selliste teenuste pakkumisel väljaspool ravisüsteemi, sõltub siiski sotsiaalpartnerite eelistustest, erialaseltside eksperthinnangutest, eelarvevahendite piisavusest, teenusepakkumise üldisest võimekusest Eestis, ning muudatuste potentsiaalsest mõjust ravisüsteemi vahendusel pakutava psühhoterapia kättesaadavusele. Kõigi nende küsimusekohtade väljaselgitamine eeldab täiendavaid põhjalikke analüüse.

Kuna käesolevas töös on ravisüsteemi ennast käsitletud lähteülesande fookusest tulenevalt väga piiratud, ei pea autorid võimalikuks anda poliitikakujundajale omapoolseid hinnanguid või soovitusi olemasoleva ravisüsteemi täiendamiseks või ümberkorraldamiseks, leides samas siiski, et ravisüsteemi kujundamisel tuleks arvestada erialaekspertide poolt näiteks psühhiaatria ja peremeditsiini eriala arengukavas väljendatud ootuseid ravi kättesaadavuse ja kvaliteedi tõstmiseks.

5.2.2. Töötervishoiuarsti roll häire tuvastamisel

Nagu aga peatükis 5.1.2 juba osaliselt kirjeldatud, ei pruugi töötervishoiuarsti tervisekontrolli praegune korraldus pakkuda ravikindlustussüsteemile usaldusväärset toetust ega asendust vaimse tervise häirete varaseks märkamiseks, adekvaatseks hindamiseks ja sekkumiseks. Psühhosotsiaalsete terviseprobleemide käsitus füüsilise tervise keskseks kujunenud töötervishoius vajab tähelepanu.

Töökohast siirdudes või töökohta vahetades uue tööandja juures tööd alustades võib töötaja vaimne tervis oma tööandja töötervishoiuarsti jaoks alata nõ puhtalt lehelt – psühhiaatrilisi haigusi puudutav info ja

varasemate töötervishoiukontrollide otsused ei pruugi uuele arstile olla terviseinfosüsteemis kättesaadavad. Hetkel puudub terviseinfosüsteemis ka info haiguslehtede või töötajale määratud töövõimekaotuse kohta. Seega võib teenusepakkujal puududa tarvilik eelinfo töötaja vaimse tervise sisukaks kontrolliks, inimesest tulenevate riskitegurite tuvastamiseks ning tööst põhjustatud vaimsete terviseprobleemide tuvastamiseks. Kuigi inimeselt endalt kogutakse esmase kontrolli käigus infot varasema tervise kohta, ei pruugi inimene oma vaimse tervise probleeme teadvustada, ning olukorras, kus sümptomid on taandunud, võib ta käsitleda häire episoodi sündmusena minevikus, mis antud ajahetkel ei ole enam asjakohased. Olukorras, kus kontakti töötervishoiuarstiga vahendab tööandja, võib ka vaimsete tervise häiretega seotud stigma või hirm, et info jõuab tööandjani, kahandada avatust varasemate terviseprobleemide käsitlemisel. Probleemkohaks on ka töökeskkonna psühhosotsiaalsete riskide ja psühhosotsiaalse tervise probleemi tuvastamine ja seostamine, sest töötervishoiuarstil on vaid piiratud teadmine psühhosotsiaalsest töökeskkonnast, kuna selle iseloomustamine on keeruline ning töötervishoiuarst ei pruugi (nt organisatsiooni kulude kokkuhoiu eesmärgil) olla kaasatud riskianalüüsi läbiviimisesse. Seetõttu ei pruugi tervisekontrolliks olla piisavalt informatsiooni vaimse tervise häirete ja töövõime probleemide tuvastamiseks lähtudes töökeskkonna psühhosotsiaalsetest ohuteguritest. Kuna vaimse tervise häired on varjatud, võivad välja kujuneda mitte üheselt ette ennustatava töötaja-töökeskkonna vastasmõju tulemusena, võivad tööelule muutlikult mõjutada ning kujuneda välja järk-järgult, võib just vaimse tervise probleemide varaseks tuvastamiseks olla vaja psühhosotsiaalsetele ohuteguritele keskenduv tervisekontroll, mis toimub sagedamini, kui seadus ette näeb.

Kuigi töötajatel on kohustus osaleda tervisekontrollis, puudub neil õigus iseseisva otsusega pöörduda töötervishoiuarsti tervisekontrolli. See aga kahandab võimalusi märgata tööst tulenevat terviseprobleemi juhtudel, kui see on akuutselt esil, inimene on tervisehäiret ja selle seotust töökeskkonnaga ise teadvustamas ja töötaja soovib realiseerunud psühhosotsiaalsetele riskidele ise tähelepanu juhtida. Juhul kui ka töötervishoiuarst tajub kõrgenenud häire riski, on tal käesolevas korralduses raske tööandjale põhjendada, miks on mõne töötaja puhul vajalik sagedasem tervisekontroll, kui näeb ette seaduses sätestatud miinimumnorm. Uuringu raames toimunud fookusgrupis kirjeldas näiteks üks tööandja esindaja juhtumit, kus ettevõtte hinnangul ei olnud teenusepakkuja soovitud sagedasem tervisekontroll põhjendatud ning lähtus ettevõtte käsitluses pigem teenusepakkuja ärielistest kaalutlustest, mistõttu pakkus antud tööandja oma töötajatele tervisekontrolli seaduses sätestatud miinimumnormist lähtudes.

Autorite hinnangul on põhjendatud sellestki probleemkohast tulenevalt analüüsida põhjalikult töötervishoiu korraldust ning määratleda täpsemalt töötaja, tööandja, töötervishoiuteenuste osutajate roll, õigused ja vastutus psühhosotsiaalsete terviseprobleemidele ja seonduva töövõimeprobleemidele reageerimisel. Mõttekohaks on töötaja õigus pöörduda ise omal initsiatiivil tööandjale teenust pakkuva (töötaja seisukohalt personaalse) töötervishoiuarsti poole saamaks konsultatsiooni ja juhendamist nt töötamiseks sobivate tingimuste kohta muutunud tervisega olukorras, hindamaks töökätketuse kohasust või tööle naasmise ajakohasust (nt vaimse tervise kontekstis töökätketuse kohasust ja optimaalset tööle naasmise intensiivsust pärast nn tööalast läbipõlemist). Vajalik on otsida viise selleks, et kohandada töötervishoiuarsti tervisekontrolli teenus enam vaimse tervise häirete spetsiifikat arvestavaks. Seejuures võib olla vajalik täpsustada töötervishoiuarsti ja perearsti rollipiire ja koostöökohti töökeskkonnast johtuvate tegurite mõjul avaldunud vaimse tervise probleemidele reageerimisel – kui perearsti võimalused mõjutada töökeskkonda täna puuduvad, võib perearsti käsutuses oleva sellekohase info operatiivne jõudmine perearstist raviarstilt töötervishoiuarstile aidata kavandada sekkumisi, mis on jällegi viimase pädevuses⁴⁹. Põhistades analüüsiga kirjeldatu vajaduse ja täiendavate meetmete kohasuse tõusetuvad samas väga

⁴⁹ Näiteks on mõttekoht, kas ja kuidas on võimalik rakendada kahe eriala infovahetuses enam RHK-10 jaotist Z56 Töö ja töötusega seotud probleemid.

põhimõttelised korralduslikud küsimused nagu kes peab töötervishoiuteenuse eest selle mahu suurenemisel tasuma ja kas ja mis mahu on põhjendatud töötervishoiuteenuse sidumine tervishoiuteenuste pakkumisega. Samuti vajab neis uuenevais tingimustes täpsustamist tööandja roll.

5.2.3. Vaimse tervise häire kui tööst põhjustatud haigus

Töötervishoiuarsti tervisekontroll võib raviteenuste kättesaadavuse kõrval mõjutada ka laiemat töötervishoiu korraldust ja töövõime juhtimise korraldust. TTOSi (5. Peatükk *Tööõnnetus ja kutsehaigestumine*) üldnormi järgi võib ka psühhosotsiaalsete ohutegurite poolt põhjustatud tervisekahjustus olla tööst põhjustatud haigus (kuid mitte kutsehaigus⁵⁰ ega ilmselt ka tööõnnetus). Autorite hinnangul on mitmete vaimse tervise häirete korral, sh alati stressist-düstressist lähtuvate häirete korral (sh nn läbipõlemine) põhjendatud töötava inimese puhul alati esitada küsimus, kas vaimse tervise häire on tööst põhjustatud haigus, mida peab uurima ja haigusjuhtumit käsitlema vastavalt TTOSis sätestatud korrale. Kui häire on tööst põhjustatud, tekivad küsimused tööandja vastutusest: milline peaks olema tema järgnev tegevus negatiivsete mõjurite maandamisel, missugune peaks olema panus töötaja tervises seisundi taastamisel ja mis ulatuses on tööandja kulutused selle häire raviks või ka taaskordumise ennetamiseks kulud, millele kehtib tulumaksuvabastus (TuMS § 13). Oluline on ka küsimus töötajate õiguste kohta – kas ja millises ulatuses on inimesel õigus nõuda VÕS alusel tööandjalt kahjuhüvitist ja seda näiteks ka juhul, kui teised tegurid on üheks oluliseks komponendiks, kuid häire kujunemisel mängisid muuhulgas olulist rolli töövälised (nt keerulised peresuhted) ja töötaja tervisega (nt varasem psüühikahäire esinemine) või isikuomadustega seotud tegurid.

Käesolevalt puuduvad juhised või kord, kuidas peaks töötervishoiuarst, perearst, psühhiaater või kliiniline psühholoog käituma olukorras, kus vaimse tervise häire võib olla tööst põhjustatud. Toetatuna mõnede ekspertide poolt esitatud hinnangutest eeldavad autorid, et rõhuv enamik sellistest tööst põhjustatud haigestumistest jäävad meditsiinisüsteemi tasandile, töötervishoiuarstide käsutusse jõuab see info tagantjärele väga piiratud ulatuses ning tööinspektsioonis toimub selliste juhtumite uurimine üksnes või eelkõige siis, kui vaimse tervise häire esineb kombinatsioonis kutsehaiguse/töoga seotud haiguse või tööõnnetusega ehk füüsilise tervise häirega. Olukorras, kus tööandjal puudub sisuliselt vastutus juhtumite osas, kus töötaja vaimse tervise häire on tööst põhjustatud, võib ka juhtuda, et tööandja lõpetab haigestunud töötajaga töösuhte sellesama tervises seisundi (TLS § 88 lg 1 p 1) tõttu või käsitledes häirest tulenevat negatiivset mõju töötulemustele inimesest tulenevate probleemina ehk sobimatusena töökohale või suutmatuse kohanedana (TLS § 88 lg 1 p 2). Sarnaselt on võimalik, et töötaja ise ütleb töölepingu erakorraliselt üles oma halvenenud tervisliku seisundi tõttu (TLS § 91 lg 3 alusel). Sellisel juhul võivad töötajad langeda läbi sotsiaalkindlustussüsteemi turvavõrgu ning kahjustuda nende tööle naasmine ja aktiivsus tööturul.

Autorid leiavad, et on äärmiselt oluline otsida kirjeldatud vastutuse ja kohustuste hajumise probleemkohale lahendusi. Töötervishoiu korralduse täpsustamine (sh töötervishoiuarsti roll häire avastamisel ning töövõime ja töökeskkonna juhtimisel), võib aidata ennetada vaimse tervise häirega inimeste töövõime ja tööhõivevõime probleeme. Keskne lahendusvõimalus võib peituda tööõnnetuste- ja kutsehaiguste ennetamise süsteemi loomisel, teemaline eelanalüüs on käesoleva analüüsi avaldamise hetkel värskest alanud.⁵¹

⁵⁰ vt Kutsehaiguste loetelu RTL 2005, 51, 722. Vastu võetud sotsiaalministri 09.05.2005 määrusega nr 66.

⁵¹ Hange „Töövõimetuse ning tööõnnetuste ja kutsehaiguste hüvitamise süsteem Eestis ja rahvusvaheline võrdlus“.

5.2.4. Elanikkonna teadlikkus vaimsest tervisest

Nagu mitmeski eelnenud ja järgnevas alapeatükis, tõstavad autorid esile tööjõu teadlikkuse küsimust. Lähtudes muu maailma kogemusest on põhjust arvata, et enese tervise ja töövõime parandamist ravisüsteemi kaudu pärsib ka Eestis elanikkonna suhteliselt madal teadlikkus vaimse tervise häirete olemusest, sümptomaatikast ja sekkumise võimalustest. Teistes riikides on elanikkonna vaimse tervise alase teadlikkuse tõstmiseks kasutatud süstemaatiliselt kampaaniaid, loodud infoportaale häire all kannatajatele ja nende lähedastele. Eestis rakendatud hoiakuid ja teadlikkust kujundavatest sekkumistest saab välja tuua Maailma Vaimse Tervise Föderatsiooni (WFMH) algatusel ülemaailmse vaimse tervise päeva (ingl *World Mental Health Day*) tähistamist iga aasta 10. oktoobril, eesmärgiga teavitada inimesi vaimse tervise olemusest ja selle säilitamise võimalustest, vältida vaimse tervise probleemide teket ning toetada juba välja kujunenud vaimse tervise probleemidega inimeste paremat hakkamasaamist⁵². Teadaolevat pole vaimset tervist ja tööelu sidudes samalaadseid sekkumisi Eestis rakendatud – teadlikkuse suurendamist toetavad tegevused on seni olnud pigem seotud tööstressi kui vaimse tervise häire põhjuse ennetamisega.

Norra finantsmehhanismi lepingut heaks kiites⁵³ on Vabariigi Valitsus astunud samas sammu, millega tunnistatakse vajadust arendada Eestis veebipõhiseid vaimse tervise teenuseid. Kuigi seda otsust toetanud argumentatsioon on olnud pigem põgus ning süstemaatiline tegevuskava olemasoleva teenuste süsteemi sihikindlaks arendamiseks puudub, on olukorras, kus suur osa inimeste igapäevakommunikatsioonist (sh finantstoimingud, suhtlus riigiga) on liikunud elektroonilistesse kanalitesse, põhjendatud arvestada selliste kanalite kasutamist ka inimeste abistamisel. Käesolevagi töö autorite hinnangul oleks Eesti kontekstis põhjendatud kesksete infokanalite valimine või loomine, nende kvaliteedi- ja kasutusmugavuse järjekindel parandamine ning piisava kvaliteeditaseme saavutamisel nende infokanalite tõstmine avalikkuse teadvusesse kampaaniate kaudu. Seejuures tuleks püüda vältida põhjendamatu segmenteerimist (demograafilistes või häirepõhistes lõigetes) lähtuvalt rahastusallikaist ja ajaliselt piiratud finantside pakkumist, et mitte seada ohtu toetatu jätkusuutlikkust. Näiteks vahendab sotsiaalministeerium Norra finantsmehhanismi kaudu portaali www.peaasi.ee arendamise rahastamist, portaali sihtgrupp on seejuures rahastusreeglite tõttu piiritletud noortega – on küsitav kas Eesti kontekstis on ratsionaalne eraldiseisvalt noortele ja tööealistele suunatud vaimse tervise portaalide loomine teadlikkuse parandamiseks ja esmase kontakti soodustamiseks abistajatega. Ilmselt oleks jätkusuutlikum keskse veebikeskkonna kujundamine, millel oleks potentsiaal saada peamiseks kontaktpunktiks internetis kõikidele vaimse tervise teemal infot või psühholoogilist abi vajavatele inimestele. Analüüsimeeskonna hinnangul tuleks tegevuste kavandamisel eelnevalt analüüsida teiste riikide kogemusi infokesksete lahenduste (a la <http://www.mindhealthconnect.org.au/> või <http://www.mind.org.uk/>) ning teenuste-kesksete veebi-lahenduste (nt <http://www.mindspot.org.au/>) loomisel.

Mitmete riikide (nt Austraalia, Hollandi, Rootsi ja Norra) senise kogemuse pinnalt saab järeldada, et ka veebipõhiste nõustamisteenuste juurutamine vaimse tervise teenuste süsteemis on oluline samm soodustamaks abivajajate varasemat abistamist, vaimse tervise teenuste kättesaadavuse paranemist teatud elanikkonna rühmades ning seega eelduste loomisel tervishoiu ressursside efektiivselt kasutamiseks. Üha enam koguneb tõendeid selle kohta, et veebipõhiselt osutatavad vaimset tervist toetavad sekkumised võivad olla sama edukad kui traditsioonilises, nn näost-näku vormis osutatavad teenused (nt Wagner, Horn, and Maercker 2014; Mahoney *et al.* 2014; Parikh and Huniewicz 2014).

⁵² http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/en/

⁵³ vt nt <http://eeagrants.fin.ee/sites/default/files/2013-02-25%20EE08%20allk%20programmiLEPING.pdf>

5.3. Hindamine ja aktiveerimine

Vaimse tervise häiretega inimestele tööelus osalemiseks meetmete pakkumisel on ratsionaalse teenusekasutuse juhtimiseks vajalik kvalifitseerumistingimuste sätestamine. Kirjandusülevaates tõdeti, et inimeste toetamiseks ja aktiveerimiseks peaks paremini hindama vaimse tervise häirega inimeste töövõimet ja abivajadust. Kuna vaimse tervise häirete sümptomaatika on ajas muutuv, sõltudes sealhulgas mitte-deterministlikult psühhosotsiaalsest keskkonnast, häirete mõju kognitiivsetele võimetele ja funktsioneerimisele on erinev, häired on sageli kooseksisteerivad ning kroonilised, on töövõime hindamine ja seeläbi riigi poolt vaimse tervise häirega inimestele aktiivsusootuste või abivajaduse hindamine tõsine proovikivi (vt ka ptk 2.2. Tööelus osalemist selgitavad tervisevälised tegurid).

5.3.1. Hindamine

Veel kehtivas süsteemis hinnatakse inimese töövõimetust haigusest tuleneva funktsioonihäire ja diagnoosi põhiselt (RPKS⁵⁴ § 16; Püsiva töövõimetuse, selle tekkimise aja, põhjuse ja kestuse tuvastamise tingimused ja kord ning töövõimetuse põhjuste loetelu⁵⁵). Varasemates uuringutes (nt Veldre *et al.* 2012) on leitud, et praegu veel kehtiv töövõimetuse hindamise süsteem ei toeta parimal võimalikul viisil inimeste tööalast taasaktiveerimist, säilinud töövõime kasutamist tööturul ning taasloomumist tööellu; hindamise fookuses on õigus kindlustushüvitisele, abivajaduse väljaselgitamine toimub kindlustushüvitise saajatele juba eraldiseisvate hindamiste raames, milleks on rehabilitatsiooniplaani koostamine SKA administreeritava rehabilitatsiooniteenuse jaoks ning juhtumikorralduslik hindamine töötuna arvelevõtmise järel.

Töövõimetoetuse seaduse (678 SE) ja selle eelnõu järgi hakatakse tulevikus (alates 2016) hindama töövõimet tervises seisundi, funktsionaalse ja tööalase võimekuse järgi. Nimetatud meetodika on veel väljatöötamisel (vt ka Eesti Töötervishoiuarstide Seltsi poolt koostatud hindamismetoodika tööversiooni Aaviksoo *et al.* 2013). Samuti eeldab töötukassas individuaalse töötusimiskava koostamine (TTTS § 10) töötule sobiva töö ja selle leidmise võimaluste ning tööle rakendumist soodustavate meetmete ja tegevuste välja selgitamist. Seadustes ja nende rakendusaktides ega avalikult kättesaadavais administratiivdokumentides ei kirjeldata täpsemalt, kuidas hinnatakse vaimse tervise häirega inimeste töövõimet, milline töö pole tervislikel põhjustel vastunäidustatud, kuidas võetakse arvesse teisi sobiva töö kriteeriume ning kuidas selgitatakse välja soodustavad meetmed ja tegevused.

Vaimse tervise häirega inimeste töövõime hindamine ja praeguseks valminud esmane hindamismetoodika on pälvinud teravat kriitikat. Arengukeskus Avituse arvamuses töövõimetoetuse seaduse eelnõu kohta (13.06.2014)⁵⁶ tuuakse välja, et (1) hindamismetoodika on füüsiliste probleemide keskne, sealhulgas ei arvesta ka RHK ja RFK vaimse võimekuse ja keskkonna koode; (2) võimekuse hinnangu arvutamine erinevate koodide põhjal võib alahinnata vaimse tervise häirest tulenevaid takistusi; (3) tähelepanu ei ole pööratud küsimusele, kuidas võita inimeste usaldus, et nad spetsialistidele julgeks probleeme tunnustada stigma ja turvalisuse puuduse tõttu; (4) hindamine peaks olema pikaajaline protsess – psüühikahäirete puhul on diagnoosimine, piirangute ja ressursside leidmine pikaajaline protsess; (5) hindamine kaasab puudulikult vaimse tervise häirega inimese olemasolevat spetsialisti – töövõimet hindavale spetsialistile võib näida

⁵⁴ Riikliku pensionikindlustuse seadus. Vastu võetud 05.12.2001, RT I 2001, 100, 648. [Redaktsioon jõustunud 01.07.2014, RT I, 16.04.2014, 19.](#)

⁵⁵ Sotsiaalministri 23.09.2008 määrus nr 57 „Püsiva töövõimetuse, selle tekkimise aja, põhjuse ja kestuse tuvastamise tingimused ja kord ning töövõimetuse põhjuste loetelu“, RTL 2008, 81, 1122. [Redaktsioon jõustunud 01.05.2013, RT I, 29.12.2012, 72.](#)

⁵⁶ [Arengukeskus Avitus MTÜ aramus Töövõimetoetuse seaduse eelnõu kohta; 13.06.2014.](#)

inimene targem või haigem, sest seisund on kõikuv või muutuv, samuti ei pruugi inimene võõrale spetsialistile olla avatud või avaneda, et oma seisundist ja abivajadusest rääkida; (6) olemasolevates terviseinfosüsteemides ei ole informatsiooni vaimse tervise häire kohta, mida hindamisel saaks kasutada; (7) meetodika ei arvesta intellektipuet.

Sarnaselt tuuakse ka Tallinna Ülikooli Sotsiaaltöö Instituudi arvamuses Töövõimetoetuse seaduse eelnõu (678, 693 SE) kohta (27.08.2014)⁵⁷ välja, et töövõime hindamine eeldab psüühikahäirega inimese eluolu, oskuste, motivatsiooni jm asjaoludega põhjalikku tutvumist. Adekvaatsete hindamistulemusteni jõudmine on aeganõudev (tervisliku seisundi ebastabiilsuse tõttu), tugineb usalduslikul koostööl psüühikahäirega inimese ning tema lähivõrgustikuga – need on asjaolud, millega töövõime hindamisel on tingimata vaja arvestada (nt planeerides töövõimehindamist teostavate spetsialistide täiendkoolitust, tööaega jm).

Töövõime hindamisega seondub ka aktiveerimine, sest hindamise tulemustest sõltub, millist aktiivsust tööturul inimesel eeldatakse või millisel moel aktiivsust premeeritakse, stimuleeritakse. OECD poolt 2007. aastal valminud uuringu (OECD 2007) kohaselt defineeritakse aktiivsuspõuetena kohustust külastada teatud aja tagant tööhõiveametit, aktiivset individuaalset tööotsingut, sobiva töö vastuvõtmise nõuet, kohustust osaleda aktiivse tööpoliitika meetmetes ja pidada kinni individuaalses tööotsingukavas kokkulepitust, lisaks kuuluvad aktiivsuspõuete alla nõuetele mittevastava käitumise korral rakendatavad sanktsioonid (nt hüvitiste maksmise peatamine või lõpetamine). Olemasolevas süsteemis on TTTS mõttes töötul (st ka vaimse tervise häirega töötul) aktiivsuskohustus (TTOS § 3). Töövõimetoetuse seaduse eelnõu (678 SE; §-d 11–22) järgi rakenduvad ka töövõimetuspeni asendava töövõimetoetuse saamisel aktiivsuspõuete – töövõimetoetuse saamiseks tuleb inimesel töötada, otsida tööd või õppida, samas ei esitata aga aktiivsuspõueteid inimesele, kellel töövõime puudub või kui töötamine halvendab inimese tervist (TVTS seaduse eelnõu (678 SE) seletuskiri, lk 5; 23; 31; 73). Seega tekib siin aktiivsuspõuete rakendamisel kaalutus, millisest piirist alades lugeda inimene täielikult töövõimetuks ning millise terviseseisundi puhul võib töötamine või töötamine teatud töökohal kahjustada töötaja vaimset tervist.

Seaduseelnõu huvirühmad on välja toonud, et aktiivsuspõuete võivad vaimse tervise häirega inimesi ebaõiglaselt välistada ja halvendada nende elu (Eesti Patsientide Esindusühingu (EPE) aramus töövõimetoetuse seaduse eelnõule, 21.08.2014)⁵⁸. EPE hinnangul on tervisehäiretega või puudega/ töövõimete inimeste puhul oluline arvestada sellega, et tegemist on sihtgrupiga, kes vajab oma õiguste teostamisel abi, selgitusi ja juhendamist. Selleks on oluline läheneda aktiivsuskohustuse täitmisele paindlikult andes täiendavaid võimalusi ja viise kohustuste täitmiseks, sest asjatundmatu ja probleemidega mitteamestav survestamine aktiveerivatest meetmetest osavõtuks võib inimese vaimsele tervisele ja aktiivsusele kasu asemel kahju teha (*Ibid.*, lk 7). Aktiivsuse nõudmisel tuleb ka vaadata, et psüühikahäirega inimesi ei survestataks vastu võtma tema jaoks ebasobivat tööd, mis võib tema tervislikku seisundit halvendada (*Ibid.*, lk 7). EPE toob näitena välja, et aktiivsust võib takistada psühholoogiline seisund, mis tuleneb tugevast heitumusest või depressioonist; sellistel juhtudel on vaja ette näha toetavaid meetmeid inimese psühholoogilise seisundi parandamiseks.

Vaimse tervise häirega inimeste sihtgruppi esindava seltsingu Gaia lapsed märgukirja töövõimetoetuse seaduse eelnõu (678 SE) kohta (11.08.2014)⁵⁹ tuuakse ettepanek, et eelnõus sätestatud aktiivsuspõuete, eelkõige kohustus Töötukassa ametnikega suhelda, „vaimuhaigetele ei laieneks, sest lisapinged võiks

⁵⁷ Marju Medar ja Merike Otepalu. Ülevaade rahvusvahelise psüühikahäirega inimeste tööhõivet käsitleva uuringu tulemustest. 22.08.2014 nr 2.1-10/2128

⁵⁸ Eesti Patsientide Esindusühingu (EPE) aramus töövõimetoetuse seaduse eelnõule, 21.08.2014.

⁵⁹ Seltsing Gaia lapsed märgukiri töövõimetoetuse seaduse kohta (678 SE), 11.08.2014.

põhjustada ohtu vaimuhaige tervisele“. Sarnaselt tuuakse Tallinna Ülikooli Sotsiaaltöö Instituudi ekspertarvamuses (27.08.2014) välja, et aktiivsuse puudumine on oluline arvestada psüühikahäirega inimese tervisliku seisundi spetsiifilisust; motivatsioon ja tahteaktiivsus võivad olla väga kõikumavad ja inimesed ei pruugi aktiivsuse puudumise tähtaegsust ebasabiisuse tõttu.

Eeltoodu näitab, et vaimse tervise häirega inimestele töötamist toetavate meetmete kvalifitseerumistingimuste määramine on keeruline, ning ei ole ka lihtsaid meetodilisi ja administratiivseid lahendusi, ennetamiseks alahindamist, mis võimaldaks ja motiveeriks passiivsust, ja ülehindamist, mille tõttu võib kahjustuda tervis ning tööturul ja tööhõives püsimine. Teaduskirjanduse ülevaate järgi (vt ka ptk 2.2. Tööelus osalemist selgitavad tervisevälised tegurid) paistab olevat konsensus, et ei ole head teadmist ja teadmispõhist praktikat, kuidas hinnata vaimse tervise häirega töötajate funktsionaalseid võimeid ja piiranguid psühhosotsiaalsete ja füüsiliste töö(keskkonna) nõuete valguses ning seega on vaja olemasolevate üldiste instrumentide arendamist ja valideerimist.

Töövõime hindamise ja aktiivsuse puudumise seadmine vajab tähelepanu ka esmase töövõime määramise käigus tehtava hindamise ning teenuste osutamise käigus toimuva hindamise kontekstis. Töötamist toetavate hoolekandemeetmete arendamisel⁶⁰ rakendatakse nt HAMET hindamismetoodikat⁶¹ erivajadustega, sealhulgas intellektipuudega, õpiraskuste, psüühika- ja käitumishäiretega inimeste oskuste ja töövõime hindamiseks. Rehabilitatsiooniteenuste ja tööturuteenuste osutajate fookusgruppide järgi on praktikas kasutust leidnud lähenemine, kus vaimse tervise häirega inimeste töövõime ja abivajaduse hindamiseks tellitakse täiendav hindamine selle meetodika järgi, samas ei ole teadaolevalt usaldusväärseid ja asjakohaseid andmeid selle meetodika rakendamise ulatuse ja tulemuste arvestamise kohta.

Kirjandusülevaade toetab ka lähenemist, kus meetmetele kvalifitseerumistingimuste kehtestamisel jäetakse kaalutlusruum. Näiteks on toetatud töö üheks printsiibiks see, et teenust pakutakse vaimse tervise häirega inimesele, kes soovib töötada, arvestades tema enda valikuid ja tunnetatud vajadust ning töövõimet ja abivajadust hinnatakse pidevalt toetatud töö käigus (vt ptk 3.2. Töötaja tööhõivevõime tõstmine).

Hindamisepõhised kvalifitseerumistingimused mõjutavad ka tööandjate võimalusi pakkuda tööd vaimse tervise häirega inimestele. Kirjandusülevaate ja personaalintervjuude järgi ei pruugi vaimse tervise häirega inimesed tulenevalt sisemisest ja avalikust stigmast soovida enda sildistamist töövõime määramisega ja ei pruugi soovida tööandjale avaldada, et neil on määratud töövõime kadu. Tööandjatega läbiviidud fookusgruppides argumenteeriti, et sellest tulenevalt ei pruugi ka tööandjad kvalifitseeruda riigi poolt pakutavatele majanduslikele stiimulitele või teenustele. Samuti tunnetavad tööandjad ühest küljest halduskoormust nende meetmete taotlemisel ja teisest küljest piiratud informatsiooni ja konsultatsiooni kättesaadavust selle kohta, kuidas saaksid nemad vaimse tervise häirega inimeste töövõimet adekvaatselt hinnata ja rakendada. See viitab taas vajadusele võimestada tööandjaid, pakkudes neile informatsiooni ja konsultatsiooni vaimse tervise häirega inimeste tööle jäämise ja tööle naasmise toetamiseks. Rehabilitatsiooniteenuste ja tööturuteenuste osutajate hinnangul on siin heaks praktikaks ka see, kui töövahenduse või toetavate meetmete pakkumisel konsulteeritakse tööandjaid vaimse tervise häirega inimestele töö pakkumisest, sealhulgas kaardistatakse võrgustikutööna sobiv töö ja abivajadus. Mõnedes riikides ongi töövõime hindamine eelkõige võrgustikutöö, kuhu kaasatakse tööandja (või tema töökeskonnaspetsialist, töötervishoiuarst), et paremini seostada inimese vajadusi töökeskkonna tingimustega (Veldre *et al.* 2012).

⁶⁰ Programm Töölesaamist toetavad hoolekandemeetmed 2010–2013

⁶¹ Volter, B. HAMET meetodika kirjeldus.

5.3.2. Oskused ja kompetents hindamisel ja sobiva abi pakkumisel

Eeltoodut kokku võttes saab tõdeda, et psüühika ja käitumishäiretega inimeste töövõime ja töövõimet toetavate meetmete kujundamine eeldab situatsioonispetsiifilist ning muutuvat situatsiooni arvestavat lähenemist, mille puhul väga formaalsete ja deterministlike kriteeriumite paika panemine seaduse, rakendusaktide või teenusstandardite põhjal pole ilmselt võimalik. Kui otsuseid töövõime, aktiivsuse ootuste ja abivajaduse kohta tehakse situatsioonispetsiifiliselt ja juhtumipõhiselt, muutuvad üha olulisemaks teenuse osutajate oskused ja teadmised vaimse tervise häiretest, töövõime probleemistikast, töövõime toetamise võimalustest ning meetme spetsiifilisest kompetentsist.

Siingi on teenuse osutajate oskused ja teadmise ja seeläbi pakutavate teenuste kvaliteet saanud juhtumispõhist kriitikat, osutatud seonduvatele riskidele. Tallinna Ülikooli Sotsiaaltöö Instituudi ülevaatest psüühikahäirega inimeste tööhõivet käsitleva uuringu tulemustest⁶² ilmneb, et nii mõnigi kord on haigus või selle sümptomid takistuseks tööturumeetmete kasutamisel: (1) näiteks ei suutnud inimene omandada uut eriala, kuna õpe oli liiga intensiivne ning inimene vajas vahepeal haiglaravi; (2) inimene kaotas endale teadmata töötasu, kuna ta ei suutnud võtta määratud tähtajal Töötukassaga ühendust või leida kindla aja jooksul tööd; (3) spetsialistide intervjuudes toodi terava probleemina välja, et psüühikahäirega inimestele ei ole enamasti Töötukassa teenused ilma teda tundva spetsialisti (nõ tugiisiku) kõrvalise abita kättesaadavad. Ka siinse töö käigus läbiviidud personaalintervjuudes viidati juhtumitele, kus teenuse osutamisel ei arvestatud vaimse tervise häirega inimeste vajadusi ja töövõimet inimese hinnangul parimal võimalikul viisil.

Arengukeskus Avitus MTÜ arvamuses Töövõimetoetuse seaduse eelnõu (678 SE) kohta (13.06.2014)⁶³ tuuakse välja, et reformi rakendamise käigus tuleb tähelepanu pöörata sellele, et töötukassa spetsialistidel oleks tarvilik kompetents, et nad oskaksid arvestada psüühiaatriliste probleemide ja takistustega töö tegemisel/leidmisel ning oskaksid abivajajatega suhelda nii, et see inimest ei kahjustaks. Avitus soovitab (1) vaimse tervise koolitusi konsultantidele, juhtumikorraldajatele, karjäärinõustajatele erinevate psüühikahäirete tundmiseks; (2) püsivat supervisioonivõimalust töötukassa töötajatele, psüühiliste erivajaduste jooksvaks käsitlemiseks aktiveerimisprotsessis. Ka Tallinna Ülikooli Sotsiaaltöö Instituudi ülevaates tuuakse välja, et on vajadus tõsta tööturumeetmete osutajate ja tööandjate teadlikkust psüühikahäiretest ning oluline on tagada, et Töötukassas töötaksid psüühikahäirele spetsialiseerunud spetsialistid, kes kasutavad tõendus põhiseid meetodikaid ja mõistavad psüühikahäirega inimeste vajadusi.

Siinse töö juhtumipõhised näited intervjuudest töövõimetus pensionäridega ja tööelu toetavate teenuste osutajatega näitasid ühelt poolt võimalikku vajadust pöörata teenuse osutajate kompetentsile enam tähelepanu, tuues samas teisest küljest välja, et erinevate koolituste ja nõustamise käigus seda tehakse ja plaanitakse teha; uuringu (idiograafiline) meetodika ei võimalda samas hinnata oskuste ja teadmiste arendamise vajaduse mahtu ega täpsustada arendamist vajavaid oskuseid ja teadmisi. Samuti tõdeti kirjandusülevaates, et hästi välja töötatud teenuste (näiteks toetatud töö) rakendamise ja seeläbi mõju saavutamise üheks suuremaks väljakutseks on olnud teenuse osutajate ja ekspertide oskused ja teadmised, oskuste ja teadmistega spetsialiste olemasolu ning erinevate oskuste ja teadmistega ekspertide kompetentsi kokkutoomine (vt ka ptk 3.2. Töötaja tööhõivevõime tõstmise). Kuigi Eestis napib üldistatavaid analüüse teenuste kvaliteedi hindamiseks, saab siiski eeltoodust järeldada, et töövõime hindamiseks, aktiivsuse eeldamiseks, abivajaduse kaardistamiseks ja seeläbi meetmete eesmärgipärasuse tagamiseks on oluline

⁶² [Marju Medar ja Merike Otepalu. Ülevaade rahvusvahelise psüühikahäirega inimeste tööhõivet käsitleva uuringu tulemustest. 22.08.2014 nr 2.1-10/2128](#)

⁶³ [Arengukeskus Avitus MTÜ aramus Töövõimetoetuse seaduse eelnõu kohta; 13.06.2014.](#)

kaardistada teenuse osutajate oskuste ja teadmiste riskikohad ning vajadusel riskide maandamiseks oskusi ja teadmisi süstemaatiliselt arendada.

5.4. Tööle jäämine ja tööle naasmine

Vaimse tervise häirega inimeste tööle jäämist ja tööle naasmist on võimalik toetada erinevate meetmetega. Järgnevas osas käsitleme vaimse tervise häirega inimeste töövõime juhtimist töökohal, teadlikkuse ja hoiakute kujundamist, et ennetada stigmaatilist suhtumist ja võimaldada töövõimet toetava sotsiaalse keskkonna loomist töökohal, ning töö kohandamist, et pakkuda töötajale talle sobivat tööd.

5.4.1. Töökohal töövõime juhtimine

Kirjandusülevaate järgi on psüühika- ja käitumishäirega inimeste tööellu integreerimiseks vaja süstemaatilist lähenemist (vt ka ptk 3.3. Tööle jäämise ja tööle naasmise toetamine). Käesolevalt täpsed hinnangud puuduvad, kuivõrd tegeletakse Eesti ettevõtteis süstemaatiliselt vaimse tervise häiretest tuleneva töövõime juhtimisega. Kaudsete andmete järgi on Eesti ettevõtetest 24-33% protseduurid tööstressiga tegelemiseks ning oleme sellega sarnased uuringus osalenud riikide koondnäitajale (24-27%). Seevastu eesrindlikes naaberriikides Soomes ja Rootsis on need protseduurid vastavalt 43-51% ja 64-72% ettevõtetes. Kui Eestis on 69-78% ettevõtetes dokumenteeritud poliitika, juhtimissüsteem või tegevuskava tervise ja ohutuse juhtimiseks ettevõtteis, siis uuringus osalenud riikide üldnäitaja on 75%-77%, Soomes ja Rootsis oli taas oluliselt kõrgem määr ehk vastavalt 86%-91% ja 88-94% ettevõtetes. Eesti ettevõtetest hindab 62-72%, et töötervisega ja ohutusega tegelemise peamine põhjus on töötajate puudumise juhtimine ja töötajate hoidmine. Seevastu kõigis uuringus osalenud riikide ettevõtetest peab seda peamiseks põhjuseks 58-60%, Soomes aga 91-95% ja Rootsis 83-89% ettevõtetest. Toodud andmetest ehk saab pigem järeldada, et töövõime juhtimine töökohal parimal võimaliku viisil Eestis ei toimu.

Sotsiaalministeeriumi strateegiadokumendis *Töötervishoiu ja tööohutuse strateegia 2010–2013* (Sotsiaalministri käskkiri nr. 2010) tuuakse alameesmärgina välja, et tuleb töötada juhtimissüsteemi ja töökorralduse arendamine suunas, mis toetab tööohutust ja töötervishoidu, edendab ettevõttes positiivset psühhosotsiaalset mikrokliimat ja loob eelduse töö tootlikkuse suurendamiseks (lk 2). Töövõimetoetuse seaduse (678 SE) eelnõu seletuskirja järgi (lk 12) peaks Tööinspeksioon tulevikus enam panustama tööandjaid ja töötajaid toetavate skeemide loomisesse, mis toetavad töötajate, sh töövõimekaoga töötajate töö hoidmist, töötingimuste parandamist ja tervisliku töökeskkonna loomist, et ennetada töövõime vähenemist, hõivest välja langemist ning toetada tööalast liikumist. Samas, reformi kajastavates administratiivdokumentides, täpsemalt võimalikke teenuste arendamist seni veel ei käsitleta ning vaimse tervisega tõttu töövõimekaoga inimestele vastavaid skeeme pole veel loodud (näiteks juhend ennetamiseks, tööle jäämise ja naasmise juhtimiseks, häire avaldamiseks, töökoha kohandamiseks). Mõningal määral on vaimse tervise häirega inimestele ja nende võimalikele tööandjatele valdkondlikku informatsiooni ja konsultatsiooni pakkunud ka tööpoliitika rakendajad ja teenuse osutajad, eelkõige Astangu Kutser rehabilitatsiooni Keskus, Töötukassa ning Tööinspeksioon, kuid süstemaatilist nõustamist, näiteks ka Euroopa Komisjoni materjalide põhjal ei toimu (näiteks EU OSHA on teinud raporti *Mental health promotion in the workplace – A good practice report*).

Töökohal töövõime juhtimist käsitleti ka siinse töö käigus läbiviidud fookusgruupiintervjuudes tööandjatega, kus vaimse tervise häirega inimestele tööd pakkuvad tööandjad tõdesid, et töösuhte alguses oli nende ja kaastöötajate teadlikkus väga madal vaimse tervise häirega töötajate töö juhtimisest ning informatsioon ja konsultatsioon töövõime juhtimiseks ei olnud kättesaadav. Kaalutlemiseks pakuti intervjuudes välja, näiteks, (1) sektorite ja tööandjate kaardistamist, kes oleks huvitatud vaimse tervise häirega inimestele töövõime pakkumisest, kogemuste vahetamiseks ja mentorluseks töökorralduse muutmiseks ja käitumisest-

emotsioonidest tulenevate olukordade adekvaatseks lahendamiseks ning isikliku kogemuse võimaluse tekitamiseks, et vahetu kokkupuute teel teadlikkust tekitada; (2) tugisüsteemi arendamist, et tööandjaid ja tema töötajaid koolitada ja konsulteerida vaimse tervise häire spetsiifikast, nende käitumise, kognitiivsete võimete ja emotsioonide muhtrites, ning nende töövõime juhtimisest, ning (3) võimaluste loomist, et vajadusel oleks tööandjatel võimalik töövõime juhtimisse tarviliku koormusega kaasata spetsialisti, näiteks tööpsühholoogi, et psühhosotsiaalset keskkonna ja psühhosotsiaalset tervist edendada.

Sarnaselt tuuakse ka MTÜ Arengukeskus Avitus arvamuses Töövõimetoetuse seaduse eelnõu (678 SE) kohta (13.06.2014)⁶⁴ välja, et reformiplaanis ei ole pööratud tähelepanu küsimusele, kuidas koolitatakse tööandjaid käituma ja suhtuma psüühikahäirega töövõimekaoga inimestesse ning millist abi, toetust ja stiimuleid tööandjatele pakutakse, et nad selliseid inimesi tööle võtaksid. Avitus soovitab (lk 9) vaimse tervise koolitusi ettevõtetele, et anda ettevõtete juhtidele (ja meeskondadele) baasteadmised enamlevinud psüühikahäiretest (meeleolu- ja ärevushäired), kuna nende probleemidega inimesi oleks tulevikus aktiveeritavate hulgas palju. Samuti soovitatakse kampaaniaid ja koolitusprogramme ettevõtetele teemal, kuidas töötajate psüühilist tervist hoida; (3) supervisioonivõimalus ettevõttele, kes värbab osalise töövõimega psüühikahäirega inimese; (4) psüühikahäiretele spetsialiseerunud ettevõtete konsultante Töötukassas. Avitus juhib ka tähelepanu (lk 6), et kuna psüühikahäirega inimestel on sageli suuremaks probleemiks töö püsimine, siis peab toetama ka tööle jäämist, mida takistavad näiteks juhtide ja kollektiivi hoiakud ning häirete aktiveerumise-stabiliseerumise tsükliline iseloom. Ka Tallinna Ülikooli Sotsiaaltöö Instituudi arvamuses Töövõimetoetuse seaduse eelnõu kohta⁶⁵ tuuakse välja, et nende uuringu spetsialistide intervjuudes ilmnis kriitilise vajadusena meetmete tagamine inimese toetamiseks töökoha säilitamisel, et inimesel oleks vastutav spetsialist, kes toetab teda töökoha hoidmisel ja nõustab tööandjat probleemide korral (sh leiab kiired lahendused inimese haigestumise või tervislikust seisundist tulenevate töötakistuste korral).

Sellest tulenevalt tuleks kirjanduses toodud parimale praktikale tuginedes välja töötada juhendmaterjal ja pakkuda tööandjatele ja töötajatele konsultatsiooni töövõime juhtimiseks töökohal. Eeltoodud kirjandus-ülevaates viitasime Pomaki jt (2010) ning Reavley jt (2012) süstemaatilise kirjandusülevaate ja Delphi meetodi põhiste juhiste, milline võiks-peak olema vaimse tervise häirega inimeste tööle jäämise ja tööle naasmise toetamine. Autorite järgi on olulised märksõnad töövõime juhtimiseks struktureeritud ja detailne vaimse tervise poliitika, tööle jäämise ja tööle naasmise koordineerimine, töökatkestuste ja tööle naasmise aktiivne juhtimine, plaanitud ja tihe suhtlemine töötaja ja tööandja vahel, töö kohandamine, tervist toetava töökeskkonna kujundamine ning kaastöötajate toetava keskkonna loomine. Selline töövõime juhtimine toetab nii töötaja ajas muutuva töövõime kasutamist kui ka tööandja võimalust arvestada töötaja muutuva produktiivsusega töö korraldamise. Tööandjale teadmiste ja konsultatsiooni pakkumise kõrval on oluline ka tööandjate töökeskkonnaspetsialiste ja töökeskkonnavolinike võimekuse arendamine, sest eeldatavasti on nemad tööandja kõige olulisemad töötajad, kes aitavad vaimse tervise häirega inimese töövõime juhtimise poliitikat kavandada ja ellu rakendada. Teaduskirjandus ning tööandjatega läbiviidud intervjuud osutavad sellele, et riik võiks soosida tööandjate vaheliste võrgustike loomist teadmiste ja kogemuste vahetamiseks. Kogemuse vahetamine aitaks tööandjatel koguda ja vahetada praktikat vaimse tervise häirega inimestele töö pakkumisel aga julgustada ka kõhklevaid tööandjaid vaimse tervise häirega inimesi tööle võtma. Ka olemasolevate meetmete osutamisel, näiteks tugiisiku teenuse osutamisel või töökoha kohandamise teenusel saaks ja tuleks tööandjaid konsulteerida, kuidas terviklikult ja süstemaatiliselt vaimse tervise

⁶⁴ Arengukeskus Avitus MTÜ arvamus Töövõimetoetuse seaduse eelnõu kohta; 13.06.2014

⁶⁵ Marju Medar ja Merike Otepalu. Ülevaade rahvusvahelise psüühikahäirega inimeste tööhõivet käsitleva uuringu tulemustest. 22.08.2014 nr 2.1-10/2128

häirega inimeste töövõimet töökohal juhtida, sest kirjanduseülevaate järgi on piiratud tõendid, et tööle jäämist ja tööle naasmist toetab terviklik ja süsteemne töövõime juhtimine töökohal.

5.4.2. Teadlikkuse ja hoiakute kujundamine

Teadmatusest tulenevad eelarvamused, stereotüüpsed hoiakud ning nendega seonduv sildistamine ja sotsiaalne tõrjumine on kirjanduse järgi üks olulisemaid vaimse tervise häirega inimeste tööturul osalemist mõjutavaks teguriks. Ka eelnevas osas käsitletud töökohal töövõime juhtimise käsitlused rõhutavad vajadust suurendada teadlikkust psüühika ja käitumishäiretest. Adekvaatsete hoiakute ja tõendus põhise teadlikkuse loomine suurendab valmisolekut toetavalt reageerida töötaja vaimse häire tekkimisel, olla avatum vaimse tervise häirega inimeste palkamisel, ning loob ka töötaja valmiduse koostöös tööandja kujundada töösuhte, mis mõlema poole vajadus arvestab ja kasutab parimal viisil säilinud töövõimet.

Statistilised andmed näitavad, et Eestis on võrreldes muu Euroopaga rohkem levinud hoiakud, mis võivad vaimse tervise häirega inimeste tööle saamist ja töötamist (vt pkt 2.2.3. Stigma). Varasemast kvalitatiivses uuringus (vt Tallinna Ülikooli Sotsiaaltöö Instituudi ülevaade rahvusvahelise psüühikahäirega inimeste tööhõivet käsitleva uuringu tulemustest (678, 693 SE) 27.08.2014), tuuakse välja, et Eesti psüühikahäirega inimesed võivad karta tööandjat oma haigusest teavitada, kuna on kogemusi, kus see on toonud kaasa halvema kohtlemise või tööküsimise tööandja või kolleegide poolt. Teises varasemas kvalitatiiv uuringus (Vahopski *et al.* 2014, 60) tuuakse välja, et psüühikahäirega inimesed võivad karta tööandjale öelda, et neil on määratud töövõime, kuna kardavad võimalust kaotada töö, nad võivad mitte taotleda töövõimekaotust, kuna kardavad tööandjate suhtumist töövõimetuspensionäridesse, ning võivad peljata tööst põhjustatud tervisehäädadega arsti juurde minna. Ka käesoleva uuringu raames intervjueeritud vaimse tervise häirega inimesed rääkisid, et nemad on varjanud tööandja eest fakti, et neil on vaimse tervise häire ning neil on tuvastatud püsiv töövõimetus, ning intervjueeritud tööandjad rääkisid, et esmakordse kokkupuutumise eel vaimse tervise häirega töötajatega tundsid nad teadmatusest hirmu, neil ei olnud piisavalt teadmisi vaimse tervise probleemidest, nappis teadmist mõistlikust käitumispraktikast inimestega, kes vaimse tervise probleemi tõttu käituvad ebasobivalt, teisi häirivalt või töötavad vähese tulemuslikkusega, neil ei olnud piisavalt arusaamist vaimse tervise häirega inimeste käitumisest, mida saab muuta ja isiksusest, millega tuleb arvestada, nappis teadmist vaimse tervise probleemidega inimeste toetamisest ning võimalustest saada nõu ja abi vaimse tervise probleemidega inimestele töö pakkumisel.

Siinse töö autorite hinnangul ei ole Eestis terviklikult tegeletud tööandjate ja töötajate teadlikkuse suurendamisega vaimse tervise häirega inimeste tööelus osalemise problemaatikast. Siiski, Eestis rakendatud hoiakuid ja teadlikkust kujundavatest sekkumistest saab näiteks välja tuua eespool mainitud ülemaailmse vaimse tervise päeva (World Mental Health Day) tähistamist. Töövaldkonnas on teadlikkuse suurendamist toetavad tegevused seni rohkem keskendunud tööstressile kui vaimse tervise häire põhjuse ennetamisele⁶⁶. Mõningal määral on vaimse tervise häirega inimestele ja nende võimalikele tööandjatele valdkondlikku informatsiooni ja konsultatsiooni pakkunud ka tööpoliitika rakendajad ja teenuse osutajad, eelkõige Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskus, Töötukassa ning Tööinspeksioon.

Eeltoodud piiratud tõendusmaterjal osutab, et vaimse tervise häirega seonduvad hoiakud ja teadlikkus töösuhetes ja avalikus sfääris võib-olla oluliseks vaimse tervise häirega inimeste tööelus osalemist

⁶⁶ Töösuhete osapoolte tööstressi alase teadlikkuse suurendamine on eelkõige olnud seotus EL sotsiaalpartnerid 08.10.2004. a sõlmitud tööga seotud stressi kokkuleppe jõustamisega. Kokkuleppe rakendamise raportis tuuakse välja (European Commission 2011, 46), et Eesti Tööinspeksioon algatas 2009 aastal tööga seotud stressi uuringu ning 2010 aastal korraldas koos riigi sotsiaalpartneritega üleriigilise tööstressist teadlikkuse tõstmise kampaania, mis hõlmas ka konverentsi tööstressist, infobrošüüri, temaatilist internetilehte ning elektroonilist riski hindamise ja juhtimise vahendit.

mõjutavaks teguriks, mis riigi poolsete sekkumistega on vaid piiratud tähelepanu pälvinud. Kirjandus-ülevalduste ja teiste riikide poliitikaülevalduste järgi saab soovitada kolm suunda kaasavamate hoiakute ja informeeritud teadlikkuse kujundamiseks.

Esiteks, kirjandusülevalduste järgi aitab vaimse tervise häirega seotud üldisi väärtusarusaamasid ja hoiakuid kummutada teavitustegevus massimeedias, küll aga on kindlasti vajalik töötamisele keskenduv ning töökohale suunatud teavitustegevus. Kirjandusülevaldustes käsitletud teavitustegevuse tasandi antistigma meetmed keskenduvad vaimse tervise alase teadlikkuse parandamisele, näiteks, koolitades seminaridel juhte ja töötajaid vaimsest tervisest, koostades ja levitades infomaterjale ja iseseisva õppe vahendeid, korraldades kohtumisi vaimse tervise häirega inimestega ja vaimse tervise häirega inimestele tööd pakkunud tööandjatega praktika ja kogemuse vahetamiseks. Selline teavitustegevus võimaldab vaimse tervise probleeme paremini mõista, seeläbi probleeme ja seonduvat töövõime probleemi varasemalt märgata ning tagab parema arusaamise olukordadest, millega vaimse tervise häirega inimesed töökohal kokku puutuvad ning situatsioonidest, millega juhid ja kaastöötajad vaimse tervise häirega inimesega koos töötades võivad kokku puutuda. Siinjuures ka käesoleva uuringu käigus intervjueritud tööandjad, kes on pakkunud tööd vaimse tervise häirega inimestele, tõid välja, et probleeme vaimse tervise probleemidega inimeste tööle võimisel ja töösuhte arendamisel aitaks paremini ennetada teavitustegevus ja kogemuste vahetus, kuidas tööandja ja kaastöötajad erinevates ette tulla võivates olukordades käituma peaksid.

Teiseks, tööandja ja kaastöötajate teadlikkuse parandamine toetab vaimse tervise häirega inimeste valmisolekut teavitada teisi oma probleemist ning valmisolekut abi otsida. Kuna vaimse tervise häired on sageli varjatud, siis on vaimse tervise häirega inimestel võimalus kaaluda kas, kuidas, millal, keda ja mil määral nad oma vaimse tervise probleemist ja seotud töövõime probleemist teavitavad. Vaimse tervise häire avaldamine töösuhtes peab toimuma inimese huvides ja peab aitama ennetada hoiakutest ja teadlikkusest tulenevat stigmaatilist suhtumist ja diskrimineerivat kohtlemist. Tõendus põhise vaimse tervise avaldamise otsustusabi välja töötamisel saab juhinduda näiteks MacDonald-Wilson jt (2011, 208–2013) ja Brohan jt (2014) töödest (vt ka ptk 3. Meetmed vaimse tervise häirega inimeste tööelu toetamiseks). Piiratud informatsioon fookusgruupiintervjuudest ka osutab, et tööalase rehabilitatsiooni käigus osasid vaimse tervise häirega inimesi nõustatakse juba avaldamise teemal, kuid pole teada, kui süstemaatiliselt ja meetoodiliselt seda tehakse.

Vaimse tervise häirega inimesele otsustusabi pakkumine peaks inimesel aitama paremini kaaluda avaldamise või mitte avaldamisega seotud riske ja seeläbi teha ehk suurema tõenäosusega valik, mis ennetab diskrimineerimist töösuhtes ning võimaldab säilinud töövõimet kasutada ja töövõimet parandada. Vaimse tervise häire avaldamise otsustusabi toetab ka tööandjat vaimse tervise häirega inimestele töö andmisel. Kui tööandja loob vaimse tervise häire avaldamist soosiva keskkonna ja vaimse tervise häirega inimene avaldab probleemi, on tööandjal võimalik kujundada adekvaatsemad ootused töötaja töövõimele ja produktiivsusele ning kujundada töökorraldus ja töötingimused, mis soosivad töövõime kasutamist ja töövõime languse ennetamist.

Kolmandaks on teadmiste levitamiseks ilmselt eesmärgipärane kujundada üks sisenemispunkt, kust töötaja ja tööandja saavad informatsiooni vaimse tervise häirete ja vaimse tervise häirega inimeste töövõime toetamise kohta. Praegu on näiteks psühhosotsiaalse töökeskkonna alane informatsioon Tööinspektsioonis, psüühika ja käitumishäiretega inimeste töötamise alane informatsioon Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskuses, vaimupuudega inimeste töötamist toetavate tööturumeetmete alane informatsioon Töötukassas. Ka käesoleva uuringu käigus intervjueritud tööandjad, kes on pakkunud tööd vaimse tervise häirega inimestele, tõid välja, et teadlikkust aitaks kujundada, kui oleks võimalik leida informatsiooni, saada konsultatsiooni ja jagada samades küsimustes kogemust teiste tööandjatega ühes kohas. Samuti, töökohal vaimse tervise ja seonduvate töövõime küsimuste alase kompetentsi tekkimiseks peab senisest enam ära kasutama juba olemasolevat töötervishoiu ja tööohutuse juhtimisstruktuuri. Töökeskonnaspetsialistide ja

töökeskkonnavolinike koolitamisega ja nõustamisega peaks olema võimalik senisest enam tuua vaimse tervise alane teadlikkus töökohale ning seeläbi ennetada ja lahendada vaimse tervise häirega inimeste töösuhte alustamise või töösuhte ajal tekkida võivaid probleeme.

5.4.3. Töö kohandamine

Vaimse tervise häirega inimesed võivad vajada töövõime toetamiseks neile sobivat tööd ja sobivaid töötingimusi. Töötingimuste kohandamist tervisehäire vajaduste järgi toetab ka tööpoliitika. Tööandja peab kohandama töötaja tööd, töövahendid ja töökoha vaimse tervise häirega inimesele kasutatavaks (TTOS § 10¹) Sõltumata sellest, kas terviseprobleem tuleneb tööga seotud töötingimustest või töövahelistest teguritest, on tööandja kohustatud enne töösuhte erakorralist lõpetamist kohandama töötaja töötingimusi, sealhulgas pakkuma töötajale teist tööd ja korraldama vajadusel täiendõpet (vt ka ptk 5.5. Oskuste ja teadmiste arendamine) ulatuses, millega ei kaasne tööandjale ebaproportsionaalseid kulusid (erinevate majanduslike stiimulite valguses) (TLS § 88). Tööandja kohustust kohandada ja töötaja õigust nõuda kohandamist toetavad majanduslikud stiimulid – maksusoodustused ning kulude hüvitamine (vt ka ptk 4.2.4 Hõivesse siirdumist ja seal püsimist toetav meetmestik).

Eesti kohta ei ole usaldusväärseid andmeid, kui levinud on töösuhte lõpetamine või ka töösuhte mitte alustamine tulenevalt sellest, et tööandjad ei paku vaimse tervise häirega inimestele töövõimet toetavaid töötingimusi. Küll aga saab hinnangu töötingimuste kohandamise ja kohandamise nõudluse kohta Eestis anda ESA ETU 2011 põhjal. Siinse töö autorite arvutuste järgi on vaimse tervise häirega inimestel suurem vajadus töötingimuste kohandamisele kui teiste tervisehäiretega inimestel (vt **Joonis 6**).

Siinse töö autorite hinnangul vajab töö kohandamist toetavate meetmete süsteemis tähelepanu võrdse kohtlemise probleem, meetmete kohandatus vaimse tervise häirega inimestele ning teadmiste ja konsultatsiooni kättesaadavus.

TEADMISED KOHANDAMISTEST JA RAKENDAMISEST

Ülevaade näitab, et vaimse tervise häirega inimeste enda hinnangul vajavad nad tööd kohandamist. Teaduskirjanduse ülevaate järgi (vt ptk 3.4. Töötingimuste kohandamine) vaimse tervise häirega inimeste tööd kohandamise toetamise küsimuse teeb problemaatiliseks ka üldistatud teadusliku teadmise määramatus, millised töötingimused on vaimse tervise häirega töötajale sobivad. Kirjandusülevaadetes arutletakse (Schultz, Winter, and Wald 2011, 410), et on märkimisväärne erinevus psüühikahäiretega inimestele mõeldud töökoha kohandamise soovitude ning tõendusmaterjali vahel, mis hindaks nende mõjusust ja tõhusust. Siiski, tõenduspõhisele kirjandusele tuginedes on välja tootatud sammud ja lähenemised, mida töötingimuste kohandamine töökohal peaks hõlmama. Sellise teadmise levitamine tööandjatele ja töötajatele ning konsulteerimisvõimekuse tekitamine tööpoliitika rakendusasutustes võib töötingimuste kohandamise nõudlus ja pakkumist tasakaalustada. Ka siinse uuringu tööandjate fookusgruppide aruteludes leiti, et tööandjaid oleksid valmis vaimse tervise häirega inimestele rohkem tööd pakkuma, kui teaksid ja saaksid nõuga abi, milline on psüühika ja käitumishäiretega inimestele sobiv tööd, kuidas oma töökorraldust kujundada, et pakkuda sobivaid töökohti, kui oleksid paremini teadlikud olukordadest, kui töötaja töövõime võib langeda ning on vaja tööd ümber korraldada. Samuti teenuse osutajatega läbiviidud fookusrühmades arutati, et vaimse tervise häirega inimestele sobiva tööd osas nõu andmisel tuleb nõustada ka töösuhte ja töölepingu sõlmimise asjus, et vajadusel kokkulepped töötingimuste kohandamise osas oleksid ka siduvas kokkuleppes määratletud.

VAIMSE TERVISE HÄIRE SPETSIIFILISTE KOHANDAMISTE MAJANDUSLIKUD STIIMULID

Töö kohandamisega seotud kulusid tööandjale vähendab tööandjale ka ruumi, töökoha või töövahendi töötajale ligipääsetavaks ja kasutamiseks muutmise maksumuse hüvitamine (TTTS § 20), töötajale või tema tööandjale tehnilise abivahendi tasuta kasutada andmine (TTTS § 21), või töötajale või tööandjale töötaja tugisiku abi ja juhendamise seotud kulude hüvitamist (TTTS § 23). Teadaolevalt psüühika ja käitumishäiretega inimestele või nende tööandjad ei ole kasutanud töökoha või töövahendite kohandamist, tehnilise abivahendi tasuta kasutada andmist, ning ka tugisiku teenust on kasutanud vaid 58 inimest perioodil 2013-2014.

Olemasoleva meetmete ja reformi kontekstis on varasemalt tehtud ettepaneku, et peaks rohkem toetama kaugtööd, osajaga tööd, ajutist tööd ning küsitud, kuidas toetab Töötukassa psüühikahäirega inimeste töökoha kohandamist (Arengukeskus Avitus MTÜ arvamus Töövõimetoetuse seaduse eelnõu (678 SE) kohta; 13.06.2014). Kirjandusülevaate järgi (vt pkt 3.4. Töötingimuste kohandamine) vajavad vaimse tervise häirega inimesed tööruumide- ja vahendite kohandamise kõrval sageli töökorralduse kohandamist. Piiratud tõendusmaterjal teenuse osutajatega läbiviidud fookusgruppidest viitab, et põhimõtteliselt töökeskkonna ja töövahendite kohandamise teenus (näiteks ruumide vaiksemaks muutmine stressi maandamiseks) võiks olla ka praeguse teenuse korralduse juures võimalik, küll aga arvati, et sellise kohandamise pakkumine eeldab ilmselt, näiteks, eksperthinnangu küsimust Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskuselt ja seega võib-olla sellekohase ekspertiisi arendamine vajalik. Samuti, vajab eraldi analüüsi, kuivõrd töövahendite kohandamine ning tehniliste abivahendite tasuta kasutada andmine arvestab just nende kohanduste ja vahenditega, mida vaimse tervise häirega inimesed vajavad. Näiteks, kas on võimalik saada hüvitist riistvarale ja tarkvarale, mis aitavad või võimaldavad keskenduda, rahulikuks jääda, organiseerida mõtteid ja tähelepanu, parandada mälu jne. Tööandjatega läbiviidud intervjuudes osutati aga probleemile, et kohandamise kulude hüvitamine käib käesoleval hetkel kohandust vajava töötaja läbi, mis piirab või välistab töökeskkonna kohandamist tulevastele potentsiaalsetele erivajadustega töötajatele. Selline võimaluste loomine tulevastele töötajatele on oluline ka seetõttu, et töötajad kipuvad töökoha vastu huvi kaotama, kui töökoha kohandamine võtab liialt kaua aega.

Eeltoodud kirjandusülevaate järgi võivad vaimse tervise häirega inimesed vajada ka nõ loomulikku toetust ehk käitumuslikku tuge töökohal. Vaimse tervise häirega inimesel ja tema tööandjal on selleks võimalik saada tugisiku teenust, mille korral hüvitatakse tähtajaliselt seonduvad kulud. Varasemalt on juhitud tähelepanu, et psüühikahäirega inimene ei ole enamasti valmis selleks, et isiklik abistaja temaga töö juurde kaasa tuleks stigmatiseerimise probleemi tõttu (lk 7) (Arengukeskus Avitus MTÜ arvamus Töövõimetoetuse seaduse eelnõu (678 SE) kohta; 13.06.2014, (lk 6-7)). Siinse töö raames vaimse tervise häiretega inimestega ja nende tööandjatega läbiviidud intervjuud aga osutavad ka sellele, et teenuse korraldus võib-olla ei arvesta parimal võimalikul viisil vaimse tervise häirega inimeste vajadusega. Näiteks, kuna häired on korduva iseloomuga ja toe pakkumiseks on vaja taasluua usalduslik ja toetav suhe, siis on vajalik toetada suhte säilimist ka perioodidel, kus inimene saab hakkama ilma toeta või säilitada võimalus saada tuge siis, kui abivajadus ennustamatult taas tekib. Teisisõnu võib vajalik olla vaimse tervise häirega inimesega pikaajalise usaldusliku ja toetava suhte loomine ning vaid selles usalduslikus ja toetavas suhtes võib vaimse tervise häirega inimene saada loomulikku tuge, mida ta tööelus osalemiseks võib vajada. Kuna vaimse tervise probleemid võivad olla korduvad või püsivad, ei pruugi tähtajaline teenuse osutamine ja kulude hüvitamine tagada töövõime toetamist pikaajaliselt. Eeltoodu viitab vajadusele kaaluda, millistel juhtudel peaks pikaajalise loomuliku toetuse välja kujundama töökohas, pakkudes tööandjale ja töötajatele selleks tuge ja konsultatsiooni, ning millistel juhtudel peaks lühiajalist või pikemaajalist loomulikku tuge tööandjale ja töötajale soodustama majanduslike stiimulitega.

VÕRDSETE KOHTLEMINE EBAVÕRDSELT

Töö kohendamist toetavate majanduslike stiimulite saamise kvalifitseerumistingimuseks on see, kas vaimse tervise häirega inimesele on määratud puue PISTS § 2 tähenduses või tunnistatud püsivalt töövõimetuks RPKS § 16 alusel. Tööandjal on kohustus töövõimetuspensioni saava töötaja eest maksta sotsiaalmaksu mitte vähemalt riigieelarvega kehtestatud kuumääralt, vaid aluseks võetakse talle tegelikult makstud tasu (SMS § 6). Selline maksusoodustus ei kehti aga vaimse tervise häirega inimesele, kellele on määratud vaid puue. Kui puudega töötajal ei ole kodu ja töökoha vahelisteks sõitudeks võimalik kasutada ühistransporti või kui ühistranspordi kasutamine põhjustab liikumis- ja töövõime olulist langust, võib töötaja vaimse tervise häirega inimesele, kellele on määratud puue, maksta maksuvaba hüvitist isikliku auto kasutamisel või maksuvabalt korraldada puudega töötaja transporti (TuMS § 48), samas selline õigus ei laiene vaimse tervise häirega inimestele, kel on määratud vaid töövõimetus.

Lisaks õigusest keelduda töötamisest ajutise töövõimetuse puhul on vaimse tervise häirega inimestel, kes saavad töövõimetuspensioni, õigus täiendavale 7-päevasele lisapuhkusele, mille tasu hüvitatakse töötajale riigieelarvest (TLS § 57 ja 66). See õigus aga ei laiene inimestele, kel on määratud vaid puue, ning sel juhul töötajal ei ole õigust ning võimalust oma töövõimet pikema puhkusega taastada ning kulu kannaks töötaja või jääks töötajal selline tulu saamata pikema tasustamata puhkuse korral.

Kirjeldatud juhtudel tekib küsimus, kas puudega ja püsiva töövõimekaoga inimesi koheldakse võrdselt nende meetme osutamisel. Kui aga ebavõrdselt koheldakse põhjendatult ebavõrdselt, tekib ka küsimus, kas puude-töövõime kahene süsteem on inimestel piisavalt lihtne ja läbipaistev ning läbi teadlikkuse ja õiguskindluse tagatud võimalused läbi nende majanduslike stiimulite loomise tööturul osaleda.

OSAAJAGA AJUTINE TÖÖVÕIMETUS

Töövõime kasutamiseks või säilitamiseks töötingimuste muutmine seondub ka ajutise töövõimetus-hüvitisega, mis võimaldab või piirab haiguspuhkuse ajal osalist töötamist. Osaajaga töötamise hüvitise ajal võib võimaldada töötajal kasutada säilinud töövõimet ning töötamine võib-olla kindlatel juhtudel töövõimet säilitav, samas võib sellega töötajale kaasneda produktiivsuskadu töötaja presenteeismi tõttu, aga on ka võimalik, et see ennetab suuremat produktiivsuse kadu, mis tekiks täieliku töökatkestuse korral. Töötamise keelamine võib aga toetada tervenemist ja töövõime säilimist-taastumist ning ennetab töötaja saamata jäävat tulu presenteeismi tõttu tekkivast produktiivsuskadust.

Eesti süsteemis on ajutise töövõimetuse hüvitise saamise eelduseks täielik töökatkestus (RaKS § 53). Seega eeldatakse, et ajutise töövõimetuse ajal on vaimse tervise häirega inimene täielikult töövõimetu või töötamine mõjuks inimese töövõimele või tervisele halvasti. Selle tulemusena ei motiveeri asendussissetuleku maksmine inimest säilinud töövõimet kasutama ning inimese töötajal puudub de jure võimalus töötaja säilinud töövõime kasutamiseks asendussissetuleku maksmise ajal. Samas on töötaja esmane kohustus võimaldada töötaja terviseseisundile vastavat tööd. Teaduskirjanduses on osaajaga haiguspuhkuse problemaatika mõnevõrra tähelepanu pälvinud (vt ka Kausto jt 2008) süstemaatilist kirjandusülevaadet). Vaimse tervise häirega inimeste osaajaga haiguspuhkuse mõjusid on aga väga vähesel määral uuritud. Andrén (2014) analüüsib, kas haiguspuhkuse ühitamine osaajaga töötamisega suurendab vaimse tervise häirega inimeste töövõime taastumise ja tööle naasmise tõenäosust. Rootsi kindlustussüsteemi administratiivandmete analüüs näitab, et kuigi osaajaga haiguspuhkuse toime on osalise töökatkestuse vältuse alguses suhteliselt väike siis see suureneb ajas ning on 60 päeva pärast suhteliselt suure ja olulise mõjuga. Autori järgi viitab see sellele, et tööhõives osalemise tõenäosust suurendab see, kui vaimse tervise häirega inimesi julgustada osaajaga tööle naasma 60 päeva pärast töökatkestuse algust. Samas leiavad Høgelund jt (2012) Taani süsteemi analüüsides, et kuigi osaajaga haiguspuhkus lühendab füüsilise tervise häiretega inimeste perioodi enne täisajaga tööle naasmist, siis vaimse tervise häiretega inimeste puhul sellist toimet tuvastada ei õnnestunud. Autorid arutavad, et see võib tuleneda sellest, et vaimse tervise häired on eripalgelised ja varjatud, mis võib teha tööga seotud suhete ja töötingimuste kohandamise

keerulisemaks. Kuid autorite sõnul ei saa sellest järeldada, et meede iseenesest ei ole mõjus ning sel võib olla toime koostoimes teiste meetmetega.

Piiratud teadmised näitavad, et ei ole üldistatavat teadmist, et osaline töökatkestus mõjub alati tervist ja töövõimet kahjustavalt, ning seega pigem ei ole argumenti, et tööõigus peaks välistama osalise töökatkestuse. Siinse töö autorite nägemuses on võimalik vaimse tervise häirega inimestele kohaldada sünnitushüvitisele rakendatavat põhimõtet (TLS § 18; RaKS § 54), mille järgi, juhul kui töötajale on võimaldatud terviseseisundile vastavat tööd, maksab haigekassa kindlustatud inimesele hüvitist niisuguses summas, et hüvitis koos selle ajavahemiku eest saadava töötasuga jagatuna selle ajavahemiku kalendripäevadega on võrdne kindlustatud isiku kalendripäeva keskmise tuluga. Sellise lähenemise rakendamine ripub aga sellest, kuivõrd töötaja ja tööandja, koos töökeskkonnaspetsialisti, töökeskkonnavoliniku, töötervishoiuarsti, tööpsühholoogi, raviarsti jm ekspertide kaasamisel saavad teha teadmistepõhise otsuse terviseseisundile ja töövõimele sobiva töö osas. Igal juhul peaks jääma töötajale õigus keelduda töö tegemisest, sest esmajärjekorras vajab maandamist töötaja tervise halvenemise risk ning klassikaliselt loetakse töösuhtes nõrgemaks pooleks töötajat.

Eelnevat kokku võttes saab tuua neli suuremat suunda meetmete arendamiseks. Esiteks, vaimse tervise häirega inimeste töötamist võimaldavad töötingimused võivad tähendada tööandjale presenteeismist tulenevat produktiivsuse kadu. Riigil on mitmeid majanduslikke stimuleid, millega tööandja produktiivsuse kadu hüvitatakse. Samas, kvalifitseerumistingimuste puhul eristatakse puuet ning töövõimetust, mis toob endaga kaasa võrdsete kohtlemise ebavõrdselt. Teiseks, vajavad tähelepanu vaimse tervise häire spetsiifilised kohandamise majanduslikud stiimulid, sest võib-olla praegune tööruumide ja töövahendite kohandamise ning tugisiku maksumuse hüvitamine ei hõlma vaimse tervise häirega inimeste vajadusi. Kolmandaks, töötajate ja tööandjatele kohandamise otsustusabi andmine võib aidata kohandamise nõudlust ja pakkumist tasakaalustada.

5.5. Oskuste ja teadmiste arendamine

Eeltoodud kirjandusülevaate järgi vaimse tervise häirega inimestel on keskmiselt madalam haridustase (vt ptk 2.2.1. Haridus, oskused ja teadmised). Selline seos võib tuleneda nii sellest, et vaimse tervise häirega inimestel on piiratud õppimisvõimalused kui ka sellest, et madalama haridustaseme tõttu on neil halvemate töötingimustega töö või halvemad oskused tervist hoida.

Vaimse tervise häirega inimeste kõrgemat haridustaset aitab saavutada eelkõige võrdsed võimalused ja võrdne juurdepääs tasemehariduses. Kuna paljud psüühika- ja käitumishäired algavad nooruki- või varases täiskasvanueas, on väga oluline kohandada haridussüsteemi vaimse tervise häirega inimeste vajaduste järgi, et ületada hariduslikku lõhet ja seeläbi ka tööturulõhet vaimse tervise häirega inimeste ja teiste vahel (Baldwin and Marcus 2011, 64). Empiirika näitab aga, et Eestis on vaimse tervise häirega inimeste seas võrreldes üldpopulatsiooniga suuremal määral madalama haridustasemega inimesi.

Kuna vaimse tervise häirega inimestel on madalam haridustase, siis oskuste ja teadmistega seotud töötamise piirangute ületamisel on seda olulisem täiskasvanuõpe ja seda toetavad meetmed. Oskuste ja teadmiste arendamine tõstab töötajate tööhõivevõimet ning seeläbi tööandjate valmisolekut vaimse tervise häirega inimesi tööle võtta ja neile tööd anda. Eeltoodud töö- ja sotsiaalpoliitika ülevaate järgi toetab vaimse tervise häirega inimeste elukestvat õpet töökohal tööandja õigus taotleda koolituskulude katmiseks toetusi ning oskusi ja teadmisi arendavad tööturuteenused, sealhulgas tööalased koolitused (vt ptk 4.2.4. Hõivesse siirdumist ja seal püsimist toetav meetmestik). Toetudes dokumendianalüüsile ja töö raames toimunud grupi- ja individuaalintervjuudele ekspertidega saab aga järeldada, et selle meetmete süsteemi osa rakendamises on vajakajäämisi.

5.5.1. Võrdsete kohtlemine ebavõrdselt

Tähelepanu vajab küsimus, kas kvalifitseerumistingimused diskrimineerivad juurdepääsu oskuste ja teadmiste arendamist toetavatele meetmetele. Töötaja oskuste ja teadmiste arendamist mõjutavate majanduslike stiimulite kvalifitseerumistingimuseks on see, kas vaimse tervise häirega inimesele on määratud puue puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seaduse § 2 tähenduses või tunnistatud püsivalt töövõimeetuks riikliku pensionikindlustuse seaduse § 16 alusel. Tööturuteenuste ja toetuste seaduse alusel loetakse meetmete sihtrühmaks nii puudega kui püsivalt töövõimeetud vaimse tervise häirega inimesed (TTTS § 2) ja seega koheldakse võrdseid võrdselt. Samas on sotsiaalhoolekandesüsteemis oskuste ja teadmiste arendamist toetavad meetmed, mis on suunatud ainult puudega inimestele. PISTS § 12 järgi saab täiendkoolitustoetust vaid vaimse tervise häirega töötaja, kellel on määratud vaimupuue. Tekib küsimus, kas puudega ja püsiva töövõimekaoga inimesi koheldakse võrdselt nende meetme osutamisel. Kui aga ebavõrdselt koheldakse põhjendatult ebavõrdselt, siis, kas puude-töövõime kahene süsteem on inimestele piisavalt lihtne ja läbipaistev ning läbi õigusteadlikkuse ja õiguskindluse tagatud võimalused läbi nende majanduslike stiimulite oma oskusi ja teadmisi tööturul osalemiseks arendada.

5.5.2. Koolituste kättesaadavus

Lisaks majanduslikele stiimulitele toetab riik täiskasvanuõpet läbi koolituste (TTTS § 9; TTTS § 4¹). Samas, näitavad Töötukassa administratiivandmed, et vaid väike arv vaimse tervise häirega püsiva töövõimekaoga inimestest on taotlenud ja saanud meetmeid, mis arendavad oskusi ja teadmisi, sealhulgas võimaldavad töökogemuste omandamist. Töötukassa andmetel⁶⁷ on perioodil 2013-2014 saanud 916 inimest tööalast koolitust, 337 inimest tööharjutust ning 338 inimest tööpraktikat (vt **Tabel 12**).

Käesolevalt ei ole informatsiooni, kuid võrd see on seotud sellega, et vaimse tervise häirega töötaja ja tema tööandja ei taotle koolitust või koolituskulude hüvitamist või kuid võrd sellega, et koolitusteenust pakkuv töötukassa ei paku teenust piisavas mahus. Teenuste ja toetuste taotlemine võib samaaegselt sõltuda erinevatest teguritest. Näiteks sõltub Kerri (1983) välja töötatud taotlusprotsessi mudeli järgi taotlemine vajaduse tajumisest, teadmistest meetmetest, õiguste tajumisest, meetmete kasulikkuse tajumisest, taotlemise protsessi ja positiivse tulemuse kaalumist ning majandusliku olukorra stabiilsuse tajumisest. Teenuste pakkumine sõltub erinevatest teguritest, sealhulgas rahaliste ressursside, inimressursside, organisatoorse võimekuse jne olemasolust. Seega tuleb teenuste arendamisel täiendavalt analüüsida teenuste taotlemise ja pakkumise tegureid, et poliitikat rakendades parandada vaimse tervise häirega inimeste oskusi ja teadmisi ja seeläbi nende tööhõivevõimet (ingl *employability*).

⁶⁷ Tegu on töötukassa klientidega, kellel on läbi viidud töövõimeetu ekspertisi, ekspertisi-dokumentides sisaldub viide psüühika- või käitumishäirele ja tuvastatud püsiv töövõimeetus vahemikus 10-100%.

TABEL 12. VAIMSE TERVISE HÄIREGA INIMESTE OSALEMINE TÖÖTUKASSA PAKUTAVATES TÖÖTURUTEENUSTES

Teenus	2013		2014 10 kuud		2013-2014.10	
	Juhtumid	Isikud	Juhtumid	Isikud	Kokku isikuid	Max juhte isiku kohta
Karjäärinõustamine	985	781	494	409	1137	5
Tööalane koolitus	877	641	413	328	916	7
Tööotsingu töötuba	629	552	334	289	817	6
Tööpraktika	200	194	155	149	338	2
Tööharjutus	204	196	133	124	337	3
Psühholoogiline nõustamine	179	173	111	104	254	3
Tööklubi	181	179	85	82	261	2
Võlanõustamine	133	122	92	84	199	4
Proovitöö	109	89	99	87	172	6
Vabatahtlik töö	108	88	74	56	135	6
Avalik töö	64	29	53	23	43	11
Palgatoetus	72	72	43	42	115	2
Individaalne rakendumine	28	26	61	58	82	3
Tugiisikuga töötamine	27	27	31	31	55	2
Tööintervjuul abistamise teenus	23	23	23	20	41	3
Ettevõtluse alustamise toetus	8	8	8	8	16	1
Hooldusteenus	3	3	5	3	6	2
Talgutöö	7	7	1	1	8	1
Sõltuvusnõustamine			4	4	4	1
Mentorlus	2	2	1	1	3	1
Täiendkoolitus ettevõtluse alustamise toetuse saajatele			1	1	1	1
Kokku	3839	2087	2221	1235	2841	12

Märkus: Tegu töötukassa klientidega, kellel on läbi viidud töövõimetus ekspertiis, ekspertiisi-dokumentides sisaldub viide psüühika- või käitumishäirele ning tuvastatud püsiv töövõimetus vahemikus 10-100%.

Allikas: SKA, Töötukassa, autorite arvutused

5.5.3. Oskusi ja kogemust andvate teenuste kohandamine

Kirjandusülevaate järgi võivad vaimse tervise häirega inimesed vajada spetsiifiliste oskuste arendamist (vt ptk 2.2.1. Haridus, oskused ja teadmised). Kirjandus ning Eestis olemasolevad empiirilised andmed ei võimalda hinnata, milliste tööga seotud oskuste ja teadmiste arendamine võiks olla eelisjärjekorras oluline Eesti vaimse tervise häirega inimeste tööhõivevõime parandamiseks. Samas võib kirjandusülevaadete järgi vaimse tervise häirega inimestel olla vajakajäämisi sotsiaalsetes oskustest, mis on olulised inimestega suhtlemisel töö leidmiseks, tööle saamiseks ja töötamiseks, ning kognitiivsetest oskustest, mis on olulised, et toime tulla erinevates tööga seotud situatsioonides, töödelda informatsiooni (aidates ka ennetada vaimse tervise probleemide avaldumist). Tööturuteenuste ja -toetuste seaduse ning tööhõiveprogrammi alusel pakutavad meetmed põhimõtteliselt ei välista nende meetmete all sotsiaalsete ja kognitiivsete oskuste arendamist, küll aga eeldab see nende meetmete sihipärast sisulist kohandamist. Näiteks pakub Töötukassa töötutele ja koondamisteate saanud inimestele psühholoogilist nõustamist, et toime tulla ebakindluse ja meeleoludega ning samuti arendada oskusi ennast aidata. Samas eeldab vaimse tervise häirega inimeste psühholoogiline nõustamine nõustajalt teatud lähenemisi ja oskuseid, sotsiaalsete oskuste ja kognitiivsete oskuste arendamine aga teistsugust lähenemist. Samad põhimõtted kehtivad ka teiste teenuste puhul, mis töötaja tööhõivevõimet läbi oskuste, teadmiste ja võimekuste arendamise toetavad. Ka teenuse osutajatega

läbiviidud fookusgruupiintervjuudes arutati, et tööalase rehabilitatsiooni käigus pakutakse vaimse tervise häirega inimestele meetmeid, mille käigus arendatakse suhtlemisoskust, kognitiivset võimekust mõjutavate sümptomitega toimetuleku oskusi ning töötamisega seotud oskusi. Siiski ei võimalda uuringu meetoodika hinnata sellise teenusepakkumise mahtu ja kvaliteeti.

Lisaks koolituse sisu kohandamisele võib psüühika- ja käitumishäiretega inimeste koolituste korraldus vajada kohandamist sarnaselt nende töö kohandamisele. Personaalintervjuudes käsitleti näiteks probleemi, kus vaimse tervise häirega inimesel võib puududa võimekus osaleda terve päev kestval koolitusel või võib ta vajada teistsugust koolitusmetoodikat, näiteks selleks, et tähelepanu ei hajuks. Tööturu- ja rehabilitatsiooniteenuste osutajate fookusgruppides käsitleti näiteks praktikat, kus vaimse tervise häiretega inimestele pakutakse individuaalselt koolitust või sarnaste häiretega või sarnaste kognitiivsete piirangutega inimestele pakutakse rühmaõpet tööga seotud oskuste omandamiseks. Ka tööpraktika (TTTS § 15) aitab vaimse tervise häirega inimesel omandada töötamiseks vajalikke oskusi ja kogemusi, kuid seejuures on teenuse pakkumise (sh juhendamistasu maksmise) eelduseks praktika läbiviimine tööandja tööruumides. Samas võib ärevushäirega inimene olla töövõimeline üksnes turvalises kodus, kuid mitte võõras keskkonnas. Samuti varasemas Tallinna Ülikooli Sotsiaaltöö Instituudi ülevaatest (Tallinna Ülikooli Sotsiaaltöö Instituudi ülevaade rahvusvahelise psüühikahäirega inimeste tööhõivet käsitleva uuringu tulemustest; 27.08.2014) ilmnes, et nii mõnigi kord oli haigus või selle sümptomid takistuseks koolitustel osalemisel, näiteks ei suutnud inimene omandada uut eriala, kuna õpe oli liiga intensiivne ning inimene vajab vahepeal haiglaravi.

Selliste kohanduste läbiviimine võib-aidata vaimse tervise häirega inimestele anda tööturul osalemiseks oskusi ja teadmisi ning nende tööandjatele sobivat töajõudu. Siiski, oskusi ja teadmisi arendavate meetmete kvaliteedi, kättesaadavuse, mõju ja mõjususe kohta peavad hinnangu andma aga tulevased kvantitatiivsed süvaanalüüsid.

5.5.4. Kompleksteenused tööhõivevõime ja töövõime arendamiseks

Kirjandusülevaate järgi on vaimse tervise häirega inimeste tööhõivevõime ja töövõime arendamiseks välja töötatud kompleksteenused kaitstud töö ja toetatud töö, mis arendavad inimeste oskusi, teadmisi ja kogemusi hõivesse sisenemiseks (vt ka ptk 3.2. Töötaja tööhõivevõime tõstmine). Eesti-keskses töötamise toetamise teenuse ja individuaalse töölerakendamise teenuse analüüsis (Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskus 2012) tõdetakse, et hetkel ei ole Eestis toetatud töölerakendamise mõiste ühtselt defineeritud ning teenust pakutakse kas osaliselt või täielikult erinevate projektide kaudu (vt *Ibid.* lk 5, Tabel 2 – Individuaalse töölerakendamise teenuse ja töötamise toetamise teenuse võrdlus). Töötamise toetamise teenuse kitsaskohaks on kitsas sihtrühm, kehtiva rehabilitatsiooniplaani olemasolu nõue ning vabade kohtade puudumisel jääb inimene teenuse järjekorda ja pääseb teenusele juhul kui koht vabaneb (*Ibid.* lk 7). Individuaalne töölerakendamise teenuse kitsaskohaks on mõiste ja põhjaliku teenusekirjelduse puudumine, teenuse pakkumine ei ole järjepidev ja on kättesaadav üksikutes piirkondades, teenuse kohta puudub informatsioon, teenust pakutakse liiga lühikese aja jooksul, teenuse maht ei võimalda klienti põhjalikult hinnata, mistõttu satuvad teenusele mitte õigustatud kliendid või piisava info puudumise tõttu ei õnnestu kliente rakendada, teenuse maht ei võimalda pakkuda piisavalt tuge rakendunud klientidele, mistõttu kliendid võivad piisava toe puudumise tõttu tööturult välja langeda, nõudmised teenust osutavatele spetsialistidele on liiga kõrged, mistõttu ei ole piisavalt teenuse pakkujaid (*Ibid.* lk 7). Raportis esitatakse ka teenuse tulevikuvision (lk 9-12).

Toetatud töö ja kaitstud töö võimalusi ja ohte käsitleti ka siinse uuringu kvalitatiivsetes intervjuudes. Vestlustes töötajate, tööandja ja teenuseosutajatega leiti, et (1) meetmete arendamisel vajab tähelepanu teenuse osutamise regionaalne paigutus, sest vaimse tervise häirega inimeste puhul ei saa sageli eeldada, et nad on võimelised turvalisemast kodukeskkonnast kaugemale liikuma, (2) tarvidus on ka aktiivsem

edustustöö tööandjatega, et nad oleksid teadlikud ja valmis oma tööd korraldama selliselt, et osasid tegevusi hangitakse kaitstud töö keskustest või pakutakse inimestele tööd toetatud töö programmides; (3) ning probleemseks võib jääda vaimse tervise häirega inimeste liikumine kaitstud töölt toetatud tööle ja sealt töösuhtesse avatud tööturul, sest erinevatel tasemetel pakutav tööga loodav lisandväärtus, sellega seondud tööjõukulud ja töötasu töötajale ning madalamat produktiivsust kompenseerivad majanduslikud stiimulid võivad tekitada töötajatele ja tööandjatele lõkse, mille tõttu nad ei ole motiveeritud nendes meetmetes osalema.

Eeltoodut kokku võttes on vaimse tervise häirega inimeste tööhõivevõime soodustamiseks ja tööandjate valmisolekuks võtta vaimse tervise häirega inimesi tööle olulisel kohal oskuste, teadmiste ja kogemuse arendamine formaalharidussüsteemis, töökohal toimival õppel ning koolitustel ja kogemuse omandamisel tööturumeetmete raames. Olemasolevate oskusi ja kogemusi arendavate meetmete ja nende korralduse kohandatus vaimse tervise häirega inimestele ja nende tööandjatele vajab aga tähelepanu.

6. Kokkuvõte ja soovitused

VAIMSE TERVISE HÄIRETEGA INIMESED POLIITIKA SIHTRÜHMANA

Sotsiaalkindlustusameti (SKA) administratiivandmete kohaselt elas 2014. aasta alguses Eestis 32 498 tööealist inimest, kellele oli SKA läbi viidud töövõimetuse ekspertiisi raames tuvastatud töövõimekadu vahemikus 10–100% ning kelle ekspertiisidokumentidel oli märke psüühika- või käitumishäire kohta. Neist 24 475 inimesel oli psüühika- ja käitumishäire põhidiagnoos, 8023-l oli psüühika- ja käitumishäire märgitud kõrvaldiagnoosina mõne muu häire kõrval. Peamised püsivalt töövõimet mõjutavad psüühika- ja käitumishäired on skisofreenia, vaimne alaareng, depressioon ja ärevushäired.

Teisalt peegeldavad püsiva töövõimekaoga inimesed vaid osa vaimse tervise häiretega tööealistest elanikest. Haigekassa ravikindlustuse andmekogu andmetel pöördus 2013. aastal ravikindlustuse süsteemi poole 87 288 tööealist inimest, kelle raviarvel oli märke mõne psüühika ja -käitumishäire kohta, 51 538 neist otsid arsti kirjutatud retsepti alusel välja psüühika ja -käitumishäire raviks näidustatud ravimi. Raviandmete kohaselt on peamisteks inimeste heaolu mõjutanud seisunditeks depressioon, ärevushäired ja muud neurootilised stressiga seotud ja somatoformsed häired ning isiksus- ja käitumishäired.

TÖÖTURUL OSALEMINE

Vaimse tervise häirega inimesed on tööturul riskirühmaks. Küsitlusuuringute järgi on vaimse tervise häirega inimeste tööjõus osalemise tööhõive määr madalam kui teiste tervisehäirega inimestel ja tervisehäireta inimestel. Küsitlusuuringuid toetavad administratiivsed andmed. Ravikindlustuse andmekogu järgi oli 2014. aasta alguses tööelus osamisele viitav ravikindlustusstaatus 67% tööealistest inimestest, kelle kohta sisaldus ravikindlustuse andmekogus perioodil 2011-2013 märke psüühika- ja käitumishäire kohta. SKA administratiivandmete järgi osales kõigist tuvastatud püsiva töövõimekaoga psüühika- ja käitumishäire märkega töövõimetuspensionäridest 2013. aastal tööelus vaid 1/3, kusjuures vähemalt töötasu alammääras sai neist töötasu vaid 15%.

TÖÖVÕIME JA TÖÖHÕIVEVÕIME

Vaimse tervise häirega inimeste madalam valmisolek ja väiksemad võimalused tööturul osalemiseks on selgitatavad väiksema töövõimega ja väiksema tööhõivevõimega, mis on samaaegselt mõjutatud mitmetest teguritest. Vaimse tervise häired ja nende sümptomaatika on väga erinevad, mõjutades erinevaid funktsionaalseid võimekusi. Erinevad kognitiivsed, emotsionaalsed, sotsiaalsed funktsionaalsed piirangud väljenduvad näiteks tähelepanu ja kontsentratsioonivõime alanemises, vähenevas vaimse ja füüsilises aktiivsuses, kognitiivses võimekuses, meeleolu muutustes jne. Siinjuures on sümptomaatika sageli episoodiline, korduv või ajas muutuv. Vaimse tervise häirega inimeste töövõimet ei mõjuta üksnes tegelik võimekus vaid ka sisemiselt või välimiselt omistatav võimekus. Väärettekujutused vägivaldsusest ja ohtlikkusest, produktiivsusest, vajadustest, käitumisest võivad olla töövõimet enam kahjustavad kui terviseseisund ise. Siinjuures näitavad üle-Euroopalised küsitlusuuringud, et Eestis on mõnevõrra rohkem levinud hoiakud, mis võivad vaimse tervise häirega inimesi tööturult tõrjuda.

Vaimse tervise häirega inimeste töövõimet ja tööhõivevõimet mõjutavad otseselt töötingimused. Töötingimused võivad aidata ennetada või vastupidi soodustada vaimse tervise häire tekkimist või väljakujunemist ja sümptomite avaldumist. Häire või häirete koosmõju eripärad tingivad vajaduse kujundada inimesele sobiva töö ja töötingimused. Tulenevalt vaimse tervise häiretega inimeste halvemast positsioonist tööturul võib nende ligipääs sobivatele töökohtadele olla hoopiski piiratud ning nad peavad leppima halvemate või sobimatute töötingimustega töökohtadega. Eesti küsitlusuuringute järgi hindavad

vaimse tervise häirega inimesed sagedamini kui teiste tervisehäiretega inimesed, et tervisehäire tõttu on neil piiratud tehtava töö hulk, tehtava töö liik ning nad vajaks kohandatud töökorraldust või töökeskkonda.

Vaimse tervise häiretega inimeste töövõime ja tööhõivevõime on seotud ka oskuste ja teadmistega. Ühelt poolt on madalam haridustase vaimse tervise probleemide teket soodustav tegur. Teisalt takistavad vaimse tervise häired hariduse omandamist. Seega võib ka oskuste ja teadmiste vajakajäämise tõttu olla vaimse tervise häirega inimestel raskem tööd leida, ning nad töötavad sagedamini madalamatel ametialastel positsioonidel. Samuti on nende seas suuremal määral neid, kes on ametialase positsiooni jaoks üleharitud. Küsitlusuuringud näitavad, et ka Eestis on vaimse tervise häirega inimeste seas suuremal määral kuni põhiharidusega inimesi kui teiste terviseprobleemidega inimeste seas ja terviseprobleemideta inimeste seas. Vaimse tervise häirega inimeste töövõimet ja tööhõivevõimet võivad mõjutada ka vajakajäämised sotsiaalsetes toimetulekuskustes tööturul ja töösituatsioonis.

MEETMED TÖÖVÕIME JA TÖÖHÕIVEVÕIME TOETAMISEKS

Riik on välja töötanud ja rakendanud meetmete süsteemi, et ennetada vaimse tervise häirete välja kujunemist, ravida vaimse tervise häireid ning toetada vaimse tervise häirega inimeste töövõimet ja tööhõivevõimet aktiivseks tööturul osalemiseks. See kompleksne süsteem hõlmab elemente tervishoiu-, tööturu- ja sotsiaalteenustest. Analüüs näitab, et Eesti töö- ja sotsiaalpoliitikas on rohkelt kogu elanikkonnale või kõigile töövõimekaoga inimestele suunatud meetmeid, mille rakendamisel saab ka vaimse tervise häirega seotud töövõime või tööhõivevõime probleeme nii ennetada kui ka lahendada. Teisalt on vaid üksikud spetsiifiliselt vaimse tervise häirega töövõime kaoga inimestele suunatud meetmed või üksikud üldised meetmed, mida kohandatakse praktikas vaimse tervise häirega inimestele.

Vaimse tervise häirega inimeste töövõime ja tööhõivevõime toetamiseks on mitmete meetmete puhul tarvilik täpsustada poliitikameetmeid ja parandada meetmete rakendamist, samuti võib olla põhjendatud täiendavate meetmete väljaarendamine ja rakendamine.

PSÜÜHIKA JA KÄITUMISHÄIRETE JA SEONDUVA TÖÖVÕIMEKAO ENNETAMINE

Psüühika ja käitumishäiretega inimeste töövõime ja tööhõivevõime toetamine peab algama ennetustegevusest. Vaimse tervise häirumine võib tuleneda stressirikast töökeskkonnast, väljakujunenud psüühika- ja käitumishäirega inimeste stressitaluvus võib olla madal ning stressirikas töökeskkond võib vähendada vaimse tervise häirega töötaja töövõimet ning intensiivistada sümptomeid. Analüüsid näitavad, et Eesti ettevõtetes on arenguruumi psühhosotsiaalse töökeskkonna parandamisel. Ennetustegevuse parandamiseks on vajalik tööpoliitika kujundajail astuda järgmised sammud:

- Luua mehhanism, mis tagab tööandjate ja töötajate süsteemse informeerimise ja konsulteerimise psühhosotsiaalsetest tervist mõjutavatest teguritest töökeskkonnas, vaimse tervise häiretest ning töökeskkonna parandamise võimalustest just neid riske silmas pidades. Kergesti kättesaadav usaldusväärne info ja professionaalne nõu võib aidata tööandjail paremini kohanduda vaimse tervise häirega töötaja vajadustele, aidata töötajail ja tööandjail juhtida stressi ning muuta vajadusel tööprotsesse või –tingimusi vaimset tervist hoidvamaks.
- Kaaluda tervishoiuarsti ja tööpsühholoogi rolli suurendamise võimalusi tööandjate ja töötajate toetamiseks töökeskkonna parandamisel. Tervishoiuarstide ja tööpsühholoogide sisulisem ja süsteemsem kaasamine töökeskkonna parandamisse ja psühhosotsiaalsete riskide maandamisse võib mõjutada positiivselt ettevõtete praktikad, mis võib aidata suurendada kohustuste täitmist ning kohustuste täitmise kvaliteeti.
- Levitada teadmispõhiseid oskusi ja praktikad stressiga toime tulemiseks, et ennetada stressirikka töökeskkonna tõttu vaimse tervise häirumist. Töötajatele ja tööandjatele informatsiooni ja

konsultatsiooni pakkumine, kuidas töötajate stressiga toimetuleku oskusi parandada, on samuti olulised häirete ja seonduva töövõimekao ennetamiseks.

HÄIRETE VARAJANE MÄRKAMINE JA SEKKUMINE

Ennetamaks inimeste hõivest väljalangemist vaimse tervise häirete tõttu on äärmiselt oluline nende varajane märkamine. Häirete varaseks märkamiseks ja sekkumiseks on tervise- ja tööpoliitika kujundajatel vajalik astuda järgmised sammud:

- Luua mehhanism, mis aitab süsteemselt tõsta elanikkonna teadlikkust vaimsest tervisest ning psüühika- ja käitumishäiretest, et võimaldab vales hääbita märgata ja tunnistada muutusi enda või lähedaste psüühika- ja käitumises ning julgustab varakult abi otsima või tuge pakkuma.
- Otsida järjekindlalt võimalusi psühhiaatrilisele ravi (sh eelkõige terapeutiliste sekkumiste) kättesaadavuse parandamiseks. Põhjendatud on kaaluda nn rääkimisteraapiate mahukamat pakkumist tööturuteenuste ja rehabilitatsiooni kontekstis täiendavalt või koostöös ravikindlustussüsteemiga.
- Täpsustada ja vajadusel laiendada töötervishoiuarsti rolli töötaja tervisekontrolli korralduses, et töötaja vaimse tervise muutumist oleks võimalik varakult märgata ning seeläbi anda töötajatel ja tööandjale konsultatsiooni ja otsustusabi, et kohendada töökeskkonda ja parandada töötaja vaimset tervist.

TÖÖVÕIME JA ABIVAJADUSE HINDAMINE

Vaimse tervise häirega inimestele toe pakkumiseks tuleb abistajatel, sealhulgas rehabilitatsiooni ja tööturuteenuste osutajatel ning tööandjatel adekvaatselt hinnata töövõime ulatust ja võimalusi, kuidas ennetada töövõime kahanemist ja toetada töövõime kasutamist ja parandamist. Teisalt muudab psüühika- ja käitumishäirete sümptomaatika heterogeensus, ajaline muutuvus ning tegevuspiirangute mitte-deterministlik seos tööturul osalemisega inimeste töövõime määratlemise ja seeläbi nii toetuste maksmiseks, rehabilitatsiooni plaanamiseks kui ka sobiva töö ja töötingimuste määratlemiseks täpsete ja usaldusväärsete instrumentide välja töötamise ja seeläbi otsustusabi andmise keeruliseks. Kuni ei ole täpset ja usaldusväärset teadmist, kuidas hinnata vaimse tervise häirega inimeste töövõimet on töö- ja sotsiaalpoliitika kujundajail kohane lähtuda järgmistest soovistest:

- Siinne analüüs toetab lähenemist, kus töövõimet toetavatele meetmetele kvalifitseerumistingimuste kehtestamisel jäetakse olulises osas kaalutusruum, et juhtumil põhiselt, kõiki situatiivseid tegureid arvestades teha otsus ja tarvidusel otsust muutev otsus töövõime ja töövõime toetamise abivajaduse kohta. Kuna vaimse tervise häirega inimeste töövõimet mõjutavad samaaegselt erinevad tegurid, mille suhteline olulisus on ajas ja psühhosotsiaalses ning füüsilises keskkonnas muutuv, on töövõime hindamisel oluline kaasata psüühika- ja käitumishäirega inimese töö(hõive)võime ja abivajaduse hindamisel tema enda ja raviarsti hinnangute kõrval võimalikult palju teisi hinnanguid (nt ka tööandja ja tööandja töökeskkonnast teadlik olev töötervishoiu spetsialist, tööhõivespetsialistid), et vältida täiendavatest ebasoodsatest teguritest tulenevalt töövõimepotentsiaali alahindamist ning senistest väga soodsatest teguritest tulenevalt töövõimepotentsiaali ülehindamist uuenevais töötingimustes.
- Töösuhtest, tööturult välja langemise ennetamiseks ning töösuhtesse naasmise toetamiseks on vaja pakkuda ka töötajatele ja tööandjatele konsultatsiooni ja otsustusabi psüühika ja käitumishäiretega inimeste töövõime hindamiseks, sobiva töö määratlemiseks ja abivajaduse määratlemiseks.

TÖÖVÕIME JUHTIMINE TÖÖKOHAL

Psüühika- ja käitumishäirega inimeste töövõime ja tööhõivevõime probleemi ennetamine ja lahendamine saab olulises osas toimuda vaid töökohal. Psüühika ja käitumishäirega inimese töösuhtest tööandjaga, selle

töösuhte loomisest ja muutmisest sõltub, kas töötaja langeb välja töösuhtest või kas tal on võimalus töösuhtesse naasta. Küsitlusuuringute järgi Eesti ettevõtetes töövõime juhtimine töökohal parimal võimaliku viisil ilmselt ei toimu. Psüühika- ja käitumishäiretega inimeste töövõime juhtimise toetamiseks töökohal on tööpoliitika kujundajail vaja astuda järgmised sammud:

- Luua mehhanism, mis pakuks tööandjatele teadmispõhist konsultatsiooni ja juhtimisabi haigestunud töötaja tööle jäämise ja tööle naasmise koordineerimiseks, töökatkestuste ja tööle naasmise aktiivseks juhtimiseks, plaanitud ja tihedaks suhtlemiseks töötaja ja tööandja vahel töökatkestuste ajal, töö kohandamiseks, tervist toetava töökeskkonna kujundamiseks ning kaastöötajate toetava psühhosotsiaalse keskkonna loomiseks.
- Töötada välja ja pakkuda tööandjatele ja nende töötajatele teadmispõhiseid koolitusi vaimse tervise häiretest, seonduvast töövõime problemaatikast, selle ennetamise ja lahendamise võimalustest töökohal.
- Luua toetav mehhanism vaimse tervise häirega inimeste abistamiseks otsuse langetamisel, kas ja mil määral avaldada tööandjale infot vaimse tervise häire. Täiendav toetus võib aidata inimesel paremini kaaluda avaldamise või mitte avaldamisega seotud riske ja seeläbi teha suurema tõenäosusega valik, mis ennetab diskrimineerimist töösuhtes ning võimaldab säilinud töövõimet kasutada ja töövõimet parandada.

TÖÖ JA TÖÖTINGIMUSTE KOHANDAMINE

Vaimse tervise häirega inimesed võivad oma töövõime toetamiseks vajada kohandusi töös ja töötingimustes. Täna olemasoleva teadmise pinnalt ei ole võimalik teha järeldusi, millised on vaimse tervise häirega inimestele sobivad tööd ja töötingimused, selliste täpsete üldistatud soovitude tegemine oleks olemasoleva teadmise põhjal diskrimineerivad. Sobiva töö ja töötingimuste määramine eeldab situatiivset, üksikjuhtumist lähtuvat otsust. Soodustamiseks psüühika ja käitumishäirega inimeste töö ja töötingimuste kohandamist on tööpoliitika kujundajail soovivat lähtuda järgnevast:

- Tõenduspõhisele kirjandusele tuginedes on välja töötatud sammud ja lähenemised, mida töötingimuste kohandamine psüühika- ja käitumishäiretega inimestele töökohal peaks hõlmama. Selle teadmise levitamine tööandjatele ja töötajatele ning konsulteerimisvõimekuse ja otsustusabi andmise võimekuse tekitamine tööpoliitika rakendusasutustes võib aidata töötajal ja tööandjal kasutada parimal võimalikul viisil töötaja töövõimet antud ajahetkel.
- Tööpoliitikas motiveeritakse tööandjat erinevate majanduslike stiimulitega pakkuma vaimse tervise häirega inimestele sobivat tööd ja töötingimusi. Siinse analüüsi järgi on aga need meetmed üles ehitatud füüsilise tervise häirete ja seonduvate tegevuspiirangute keskselt. Autorid soovivad kohandada töökoha kohandamise ja tugiisiku teenust psüühika ja käitumishäirega inimeste vajaduste keskselt viisil, mis väärtustaks usaldusisikuga kujunenud kliendisuhete hoidmist ning võimaldaks toetavat teenust pakkuda niikaua, kuni kliendi vajadused seda tingivad.
- Osadele majanduslikele stiimulitele – so. sotsiaalmaksusoodustus tööjõukuludelt, tulumaksusoodustus transpordikuludelt ning täiendava tasustatud põhipuhkuse kulu hüvitamine – kvalifitseerumistingimuseks on see, kas vaimse tervise häirega inimesele on määratud puue puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seaduse tähenduses või tunnustatud püsivalt töövõimetuks riikliku pensionikindlustuse seaduse alusel. Sellised kvalifitseerumistingimused võivad vaieldavalt diskrimineerida erinevaid sihtrühmi või halvendada õigusselgust ja õiguskindlust ning seeläbi meetmete kättesaadavust. Sellest tulenevalt tuleb täpsustada ja selgitada nende meetmete kvalifitseerumistingimusi.

- Eestis eeldatakse, et ajutise töövõimetuse ajal on tervisehäirega, sh vaimse tervise häirega inimene täielikult töövõimetu või et töötamine mõjub inimese töövõimele või tervisele halvasti. Sellist üldistatud eeldus ei ole teadmistepõhiselt põhistatud. Osalise töötamise võimaldamine ajutise töövõimetushüvitise ajal toetaks töötajale terviseseisundile vastava töö pakkumist ja ennetaks tööandjale produktiivsuskadu.

OSKUSTE JA TEADMISTE ARENDAMINE

Vaimse tervise häirega inimestel on Eestis keskmisest madalam haridustase. See tuleneb nii sellest, et vaimse tervise häirega inimestel on piiratud õppimisvõimalused kui ka sellest, et madalama haridustaseme tõttu on neil halvamate töötingimustega töö või halvemad oskused tervist hoida. Oskused ja teadmised on aga üheks olulisemaks töötaja tööhõivevõimet mõjutavaks teguriks. Psüühika ja käitumishäirega inimeste tööhõivevõime arendamiseks on haridus- ja tööpoliitika kujundajail kohane astuda järgmised sammud:

- Kuna paljud psüühika- ja käitumishäired algavad nooruki- või varases täiskasvanueas, on väga oluline arvestada haridussüsteemi kujundamisel vaimse tervise häirega inimeste vajadusi, et ületada kaasnevat hariduslikku ja tööturulõhet vaimse tervise häirega inimeste ja teiste vahel.
- Riik toetab psüühika- ja käitumishäiretega inimeste elukestvat õpet pakkudes tööandjatele ja nende töötajatele majanduslikke stiimuleid. Kvalifitseerumistingimuseks on see, kas vaimse tervise häirega inimesele on määratud puue puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seaduse tähenduses või tunnistatud püsivalt töövõimetuks riikliku pensionikindlustuse seaduse alusel. Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seaduses määratletud meetme puhul võivad sellised kvalifitseerumistingimused vaieldavalt diskrimineerida erinevaid sihtrühmi või halvendada õigusselgust ja õiguskindlust ning seeläbi meetmete kättesaadavust. Sellest tulenevalt tuleb täpsustada ja selgitada nende meetmete kvalifitseerumistingimusi.
- Vaimse tervise häirega inimesed võivad vajada spetsiifiliste oskuste, sealhulgas sotsiaalsete ja kognitiivsete oskuste arendamist, mis on vajalikud tööle saamisel ja töötamisel. On kaalutluskoht, kas selliste oskuste arendamise pakkumine saaks toimuda eraldi tööturuteenusena või peaks see olema loomulik tööturuteenuste, sealhulgas koolituste ja psühholoogiliste nõustamise osa
- Sarnaselt töö kohandamise vajadusele võivad vaimse tervise häirega inimesed vajada koolitusel osalemiseks koolituse korralduse (intensiivsus, koolituspäevade asendatavus terviseseisundi ajutisel halvenemisel, koolitusgruppide suurus jmt) osas.
- Vaimse tervise häirega inimeste tööhõivevõime ja töövõime arendamiseks on välja töötatud kompleksteenused kaitstud töö ja toetatud töö, mis annavad inimestele tarvilikke oskusi, teadmisi ja kogemusi hõivesse sisenemiseks. Kompleksteenuste pakkumine peaks toetama psüühika- ja käitumishäiretega inimeste aktiveerumist tööturul ja sujuvat siirdumist avatud tööturule.

Vaimse tervise häirega inimeste töövõime ja tööhõivevõime toetamise meetmete arendamisel ja rakendamisel, sealhulgas eeltoodud soovitude rakendamisel, on kriitiliseks eduteguriks teenuseosutajate adekvaatsed teadmised Vaimsest tervisest ning oskused ja teadmised teenuste kohandamisest sihtgrupile. Samuti vajab vajab eraldi tähelepanu meetmete taotlemine, sest alataotlemise ja alapakkumise tõttu ei ole paljud senised meetmed rakendunud. Suurema taotlemise ja pakkumise toetamine võib aidata väljakujunenud psüühika- ja käitumishäiretega inimestel tööturul paremini osaleda.

Kasutatud kirjandus

1. Aaviksoo, Evelyn, Anneli Einroos, Ülle Lahe, Tiia Piho, Pille Viive, Karin Sarapuu, and Ahe Vilks. 2013. *Tööealise Tervisekahjustusega Isiku Töövõime Hindamise Metoodika*. http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Tervisevaldkond/toovoime_hindamise_metoodika_2013_1.pdf
2. Allvin, Michael, and Gunnar Aronsson. 2003. "The Future of Work Environment Reforms: Does the Concept of Work Environment Apply within the New Economy?" *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation* 33 (1): 99–111.
3. Alnaser, Musaed Z. 2009. "Psychosocial Issues of Work-Related Musculoskeletal Injuries and Adaptation: A Phenomenological Study." *Work (Reading, Mass.)* 32 (2): 123–32. doi:10.3233/WOR-2009-0798.
4. American Psychiatric Association. 2000. "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders, Fourth Edition, Text Revision." American Psychiatric Association.
5. Andersen, Malene Friis, Karina Nielsen, and Svend Brinkmann. 2014. "How Do Workers with Common Mental Disorders Experience a Multidisciplinary Return-to-Work Intervention? A Qualitative Study." *Journal of Occupational Rehabilitation*, February, 1–16. doi:10.1007/s10926-014-9498-5.
6. Andren, D. 2014. "Does Part-Time Sick Leave Help Individuals with Mental Disorders Recover Lost Work Capacity?" *Journal of Occupational Rehabilitation* 24 (2): 344–60.
7. Anthony, William A. 2004. "The Recovery Effect." *Psychiatric Rehabilitation Journal* 27 (4): 303–4.
8. Arbesman, M., and D. W. Logsdon. 2011. "Occupational Therapy Interventions for Employment and Education for Adults With Serious Mental Illness: A Systematic Review." *American Journal of Occupational Therapy* 65 (3): 238–46. doi:10.5014/ajot.2011.001289.
9. Association for Retarded Citizens National Research and Demonstration Institute. 1980. *Making Job Opportunities for Mentally Retarded People A Reality*. Association for Retarded Citizens National Research and Demonstration Institute.
10. Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskus. 2012. "Toetatud Tööerakendumise Teenus - Teenusekirjeldus." Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskus.
11. Aust, Birgit, Trine Helverskov, Maj Britt D Nielsen, Jakob Bue Bjorner, Reiner Rugulies, Karina Nielsen, Ole H Sørensen, et al. 2012. "The Danish National Return-to-Work Program – Aims, Content, and Design of the Process and Effect Evaluation." *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 38 (2): 120–33. doi:10.5271/sjweh.3272.
12. Awa, W.L., M. Plaumann, and U. Walter. 2010. "Burnout Prevention: A Review of Intervention Programs." *Patient Education and Counseling* 78 (2): 184–90.
13. Baldwin, Marjorie L., and Steven C. Marcus. 2011. "Stigma, Discrimination, and Employment Outcomes among Persons with Mental Health Disabilities." In *Work Accommodation and Retention in Mental Health*, edited by Izabela Z. Schultz and E. Sally Rogers, 53–69. Springer New York. http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4419-0428-7_3.
14. Bambra, Clare, Matt Egan, Sian Thomas, Mark Petticrew, and Margaret Whitehead. 2007. "The Psychosocial and Health Effects of Workplace Reorganisation. 2. A Systematic Review of Task Restructuring Interventions." *Journal of Epidemiology and Community Health* 61 (12): 1028–37. doi:10.1136/jech.2006.054999.

15. Becker, D. R., R. E. Drake, G. R. Bond, H. Xie, B. J. Dain, and K. Harrison. 1998. "Job Terminations among Persons with Severe Mental Illness Participating in Supported Employment." *Community Mental Health Journal* 34 (1): 71–82.
16. Blank, Lindsay, J. Peters, S. Pickvance, J. Wilford, and E. MacDonald. 2008. "A Systematic Review of the Factors Which Predict Return to Work for People Suffering Episodes of Poor Mental Health." *Journal of Occupational Rehabilitation* 18 (1): 27–34. doi:10.1007/s10926-008-9121-8.
17. Bogdanov, Helen, and Tiia Pertel. 2012. *Vaimse Tervise Teenuste Kaardistamine Ja Vajaduste Analüüs*. Tervise Arengu Instituut. https://intra.tai.ee/images/prints/documents/133180653216_Vaimse%20tervise%20teenuste%20kaar%20distamine%20ja%20vajaduste%20analyy.pdf.
18. Bolo, C., J. Sareen, S. Patten, N. Schmitz, S. Currie, and J. Wang. 2013. "Receiving Workplace Mental Health Accommodations and the Outcome of Mental Disorders in Employees with a Depressive And/or Anxiety Disorder." *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 55 (11): 1293–99.
19. Bond, Gary R. 2004. "Supported Employment: Evidence for an Evidence-Based Practice." *Psychiatric Rehabilitation Journal* 27 (4): 345–59.
20. Bond, G. R., D. R. Becker, R. E. Drake, C. A. Rapp, N. Meisler, A. F. Lehman, M. D. Bell, and C. R. Blyler. 2001. "Implementing Supported Employment as an Evidence-Based Practice." *Psychiatric Services (Washington, D.C.)* 52 (3): 313–22.
21. Brohan, E., C. Henderson, M. Slade, and G. Thornicroft. 2014. "Development and Preliminary Evaluation of a Decision Aid for Disclosure of Mental Illness to Employers." *Patient Education and Counseling* 94 (2): 238–42.
22. Brohan, E., C. Henderson, K. Wheat, E. Malcolm, S. Clement, E.A. Barley, M. Slade, and G. Thornicroft. 2012. "Systematic Review of Beliefs, Behaviours and Influencing Factors Associated with Disclosure of a Mental Health Problem in the Workplace." *BMC Psychiatry* 12. <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84856940031&partnerID=40&md5=480344717ce001c1e0bb08887331c7dc>.
23. Butterworth, P., L. S. Leach, L. Strazdins, S. C. Olesen, B. Rodgers, and D. H. Broom. 2011. "The Psychosocial Quality of Work Determines Whether Employment Has Benefits for Mental Health: Results from a Longitudinal National Household Panel Survey." *Occupational and Environmental Medicine*, March, oem.2010.059030. doi:10.1136/oem.2010.059030.
24. Campbell, Jean, and Caroline L. Kaufmann. 1997. "Equality and Difference in the ADA: Unintended Consequences for Employment of People with Mental Health Disabilities." In *Mental Disorder, Work Disability, and the Law*, edited by R. J. Bonnie and J. Monahan, 221–39. The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation Series on Mental Health and Development. Chicago, IL, US: University of Chicago Press.
25. Campbell, K., G.R. Bond, and R.E. Drake. 2011. "Who Benefits from Supported Employment: A Meta-Analytic Study." *Schizophrenia Bulletin* 37 (2): 370–80.
26. Center, Claudia. 2011. "Law and Job Accommodation in Mental Health Disability." In *Work Accommodation and Retention in Mental Health*, edited by Izabela Z. Schultz and E. Sally Rogers, 3–32. Springer New York. http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4419-0428-7_1.
27. Charmaz, K. 1994. "Discoveries of Self in Illness." In *Doing Everyday Life : Ethnography as Human Lived Experience*, by Dietz, Mary Lorenz, Prus, Robert C, Prus, and Shaffir William, 226–42. Mississauga, Ontario: Copp Clark Professional.

28. Clement, S., F. Lassman, E. Barley, S. Evans-Lacko, P. Williams, S. Yamaguchi, M. Slade, N. Rüsçh, and G. Thornicroft. 2013. "Mass Media Interventions for Reducing Mental Health-Related Stigma." *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 7. <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84891691542&partnerID=40&md5=5f86e133abf1e6cd3a986ae44caad304>.
29. Corbière, Marc, and Tania Lecomte. 2009. "Vocational Services Offered to People with Severe Mental Illness." *Journal of Mental Health* 18 (1): 38–50. doi:10.1080/09638230701677779.
30. Corbière, Marc, Alessia Negrini, and Carolyn S. Dewa. 2013. "Mental Health Problems and Mental Disorders: Linked Determinants to Work Participation and Work Functioning." In *Handbook of Work Disability*, edited by Patrick Loisel and Johannes R. Anema, 267–88. Springer New York. http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4614-6214-9_17.
31. Corbière, Marc, Jie Shen, Marc Rouleau, and Carolyn S. Dewa. 2009. "A Systematic Review of Preventive Interventions Regarding Mental Health Issues in Organizations." *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation* 33 (1): 81–116. doi:10.3233/WOR-2009-0846.
32. Corbière, M., E. Brouwers, N. Lanctôt, and J. Van Weeghel. 2014. "Employment Specialist Competencies for Supported Employment Programs." *Journal of Occupational Rehabilitation* 24 (3): 484–97.
33. Cornelius, L. R., J. J. L. van der Klink, J. W. Groothoff, and S. Brouwer. 2011. "Prognostic Factors of Long Term Disability Due to Mental Disorders: A Systematic Review." *Journal of Occupational Rehabilitation* 21 (2): 259–74. doi:10.1007/s10926-010-9261-5.
34. Corrigan, Patrick W., and Abigail Wassel. 2008. "Understanding and Influencing the Stigma of Mental Illness." *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 46 (1): 42–48.
35. Costa-Black, Katia M., Michael Feuerstein, and Patrick Loisel. 2013. "Work Disability Models: Past and Present." In *Handbook of Work Disability*, edited by Patrick Loisel and Johannes R. Anema, 71–93. Springer New York. http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4614-6214-9_6.
36. Couser, G.P. 2008. "Challenges and Opportunities for Preventing Depression in the Workplace: A Review of the Evidence Supporting Workplace Factors and Interventions." *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 50 (4): 411–27.
37. Coutu, Marie-France, Daniel Côté, and Raymond Baril. 2013. "The Work-Disabled Patient." In *Handbook of Work Disability*, edited by Patrick Loisel and Johannes R. Anema, 15–29. Springer New York. http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4614-6214-9_2.
38. Cronin, Shawna, Jamie Curran, Julie Iantorno, Kyle Murphy, Lynn Shaw, Nancy Boutcher, and Melissa Knott. 2013. "Work Capacity Assessment and Return to Work: A Scoping Review." *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation* 44 (1): 37–55. doi:10.3233/WOR-2012-01560.
39. De Lange, Annet H., Toon W. Taris, Michiel AJ Kompier, Irene LD Houtman, and Paulien M. Bongers. 2005. "Different Mechanisms to Explain the Reversed Effects of Mental Health on Work Characteristics." *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 31 (1): 3–14. doi:10.5271/sjweh.843.
40. Dewa, C.S., D. Loong, S. Bonato, and H. Hees. 2014. "Incidence Rates of Sickness Absence Related to Mental Disorders: A Systematic Literature Review." *BMC Public Health* 14 (1). <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84897630430&partnerID=40&md5=8f91cf41cbb3f1610899e6060de3be6d>.
41. Dietrich, S., S. Deckert, M. Ceynowa, U. Hegerl, and K. Stengler. 2012. "Depression in the Workplace: A Systematic Review of Evidence-Based Prevention Strategies." *International Archives of Occupational and Environmental Health* 85 (1): 1–11.

42. Drake, Robert E., Gary R. Bond, and Charles Rapp. 2006. "Explaining the Variance Within Supported Employment Programs: Comment on 'What Predicts Supported Employment Outcomes?'" *Community Mental Health Journal* 42 (3): 315–18. doi:10.1007/s10597-006-9038-7.
43. Eesti Psühhiaatrite Selts. 2012. "Psühhiaatria Eriala Arengukava." Eesti Psühhiaatrite Selts.
44. Egan, M., C. Bamba, S. Thomas, M. Petticrew, M. Whitehead, and H. Thomson. 2007. "The Psychosocial and Health Effects of Workplace Reorganisation. 1. A Systematic Review of Organisational-Level Interventions That Aim to Increase Employee Control." *Journal of Epidemiology and Community Health* 61 (11): 945–54.
45. Ennals, P., E.M. Fossey, C.A. Harvey, and E. Killackey. 2014. "Postsecondary Education: Kindling Opportunities for People with Mental Illness." *Asia-Pacific Psychiatry* 6 (2): 115–19. doi:10.1111/appy.12091.
46. Ettner, Susan L. 2011. "Personality Disorders and Work." In *Work Accommodation and Retention in Mental Health*, edited by Izabela Z. Schultz and E. Sally Rogers, 163–88. Springer New York. http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4419-0428-7_9.
47. Eurofound, and EU-OSHA. 2014. *Psychosocial Risks in Europe Prevalence and Strategies for Prevention*. Publications Office of the European Union, Luxembourg. <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/psychosocial-risks-eu-prevalence-strategies-prevention>.
48. European Agency for Safety and Health at Work. 2010. *Economic Incentives to Improve Occupational Safety and Health: A Review from the European Perspective*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
49. European Commission. 2011. *Report on the Implementation of the European Social Partners' Framework Agreement on Work-Related Stress. COMMISSION STAFF WORKING PAPER. SEC(2011) 241 Final*. [http://www.europarl.europa.eu/registre/docs_autres_institutions/commission_europeenne/sec/2011/0241/COM_SEC\(2011\)0241_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/registre/docs_autres_institutions/commission_europeenne/sec/2011/0241/COM_SEC(2011)0241_EN.pdf).
50. Fioritti, A., T. Burns, P. Hilarion, J. Van Weeghel, C. Cappa, R. Suñol, and E. Otto. 2014. "Individual Placement and Support in Europe." *Psychiatric Rehabilitation Journal* 37 (2): 123–28.
51. Ford, M.T., C.P. Cerasoli, J.A. Higgins, and A.L. Decesare. 2011. "Relationships between Psychological, Physical, and Behavioural Health and Work Performance: A Review and Meta-Analysis." *Work and Stress* 25 (3): 185–204. doi:10.1080/02678373.2011.609035.
52. Gallie, Karen A., Izabela Z. Schultz, and Alanna Winter. 2011. "Company-Level Interventions in Mental Health." In *Work Accommodation and Retention in Mental Health*, edited by Izabela Z. Schultz and E. Sally Rogers, 295–309. Springer New York. http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4419-0428-7_15.
53. Gates, Lauren B., and Sheila H. Akabas. 2011. "Inclusion of People with Mental Health Disabilities into the Workplace: Accommodation as a Social Process." In *Work Accommodation and Retention in Mental Health*, edited by Izabela Z. Schultz and E. Sally Rogers, 375–91. Springer New York. http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4419-0428-7_20.
54. Haigekassa. 2015. "Ravijärjekorrad." Haigekassa koduleht. *Arsti- Ja Õendusabi*. January 30. <https://www.haigekassa.ee/et/inimesele/arsti-ja-oendusabi/ravijarjekorrad>.
55. Hamberg-van Reenen, H.H., K.I. Proper, and M. Van Den Berg. 2012. "Worksite Mental Health Interventions: A Systematic Review of Economic Evaluations." *Occupational and Environmental Medicine* 69 (11): 837–45.

56. Harder, H.G., J.A. Rash, and S. Nelson. 2012. "Influences of Labour Participation Among Persons with Disabilities: A Systematic Review and Best Evidence Synthesis." *International Journal of Disability Management* 7 (1): 10–26. doi:10.1017/idm.2012.5.
57. Heffernan, J., and P. Pilkington. 2011. "Supported Employment for Persons with Mental Illness: Systematic Review of the Effectiveness of Individual Placement and Support in the UK." *Journal of Mental Health* 20 (4): 368–80. doi:10.3109/09638237.2011.556159.
58. Henderson, C., E. Brohan, S. Clement, P. Williams, F. Lassman, O. Schauman, L. Dockery, et al. 2013. "Decision Aid on Disclosure of Mental Health Status to an Employer: Feasibility and Outcomes of a Randomised Controlled Trial." *British Journal of Psychiatry* 203 (5): 350–57. doi:10.1192/bjp.bp.113.128470.
59. Hodel, B., H. D. Brenner, M. C. Merlo, and J. F. Teuber. 1998. "Emotional Management Therapy in Early Psychosis." *The British Journal of Psychiatry. Supplement* 172 (33): 128–33.
60. Høgelund, J., A. Holm, and L.F. Eplov. 2012. "The Effect of Part-Time Sick Leave for Employees with Mental Disorders." *Journal of Mental Health Policy and Economics* 15 (4): 157–70+197+201.
61. Jaanson, Peeter. 2009. "Bipolaarse Häire Diagnostika Ja Ravi." *Eesti Arst* 88 (3): 188–202.
62. Jones, Amanda M. 2011. "Disclosure of Mental Illness in the Workplace: A Literature Review." *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 14 (3): 212–29. doi:10.1080/15487768.2011.598101.
63. Justiitsministeerium. 2009. *Sotsiaalseadustiku Üldosa Analüüs*. Justiitsministeerium. <http://www.just.ee/41314>.
64. Kalimo, Raija. 2005. "Reversed Causality--a Need to Revisit Systems Modeling of Work-Stress-Health Relationships." *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 31 (1): 1–2. doi:10.5271/sjweh.842.
65. Karasek, Robert A. 1979. "Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign." *Administrative Science Quarterly* 24 (2): 285–308.
66. Kausto, Johanna, Helena Miranda, Kari-Pekka Martimo, and Eira Viikari-Juntura. 2008. "Partial Sick Leave--Review of Its Use, Effects and Feasibility in the Nordic Countries." *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 34 (4): 239–49.
67. Kerr, Scott. 1983. *Making Ends Meet: An Investigation into the Non-Claiming of Supplementary Pensions*. London: Bedford Square Press of the National Council for Voluntary Organisations.
68. Kessler, Ronald C., Wai Tat Chiu, Olga Demler, Kathleen R. Merikangas, and Ellen E. Walters. 2005. "Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication." *Archives of General Psychiatry* 62 (6): 617–27. doi:10.1001/archpsyc.62.6.617.
69. Kilian, Reinhold, and Thomas Becker. 2007. "Macro-Economic Indicators and Labour Force Participation of People with Schizophrenia." *Journal of Mental Health* 16 (2): 211–22. doi:10.1080/09638230701279899.
70. Kinoshita, Y., T.A. Furukawa, K. Kinoshita, M. Honyashiki, I.M. Omori, M. Marshall, G.R. Bond, P. Huxley, N. Amano, and D. Kingdon. 2013. "Supported Employment for Adults with Severe Mental Illness." *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 9. <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84892399722&partnerID=40&md5=526938d7f7dfe174c2413f951db4f0bf>.
71. Kleinberg, Anne. 2014. *Major Depression in Estonia: Prevalence, Associated Factors, and Use of Health Services*. DISSERTATIONES MEDICINAE UNIVERSITATIS TARTUENSIS 216. University of Tartu Press. <http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/5764/1/Kleinberg2014.pdf>.

72. Kleinberg, Anne, Peeter Jaanson, Andres Lehtmets, Anu Aluoja, Veiko Vasar, Kadri Suija, and Pille Ööpik. 2011. "Depressiooni Juhend Pereearstile." *Eesti Arst* 90 (9): 431–46.
73. Knapp, M., A. Patel, C. Curran, E. Latimer, J. Catty, T. Becker, R.E. Drake, et al. 2013. "Supported Employment: Cost-Effectiveness across Six European Sites." *World Psychiatry* 12 (1): 60–68.
74. Krupa, Terry. 2011. "Approaches to Improving Employment Outcomes for People with Serious Mental Illness." In *Work Accommodation and Retention in Mental Health*, edited by Izabela Z. Schultz and E. Sally Rogers, 219–31. Springer New York. http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4419-0428-7_11.
75. Krupa, Terry, Bonnie Kirsh, Lynn Cockburn, and Rebecca Gewurtz. 2009. "Understanding the Stigma of Mental Illness in Employment." *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation* 33 (4): 413–25. doi:10.3233/WOR-2009-0890.
76. Lagerveld, S E, U Bültmann, R L Franche, F J H van Dijk, M C Vlasveld, C M van der Feltz-Cornelis, D J Bruinvels, et al. 2010. "Factors Associated with Work Participation and Work Functioning in Depressed Workers: A Systematic Review." *Journal of Occupational Rehabilitation* 20 (3): 275–92. doi:10.1007/s10926-009-9224-x.
77. Lamontagne, Anthony D, Tessa Keegel, Amber M Louie, Aleck Ostry, and Paul A Landsbergis. 2007. "A Systematic Review of the Job-Stress Intervention Evaluation Literature, 1990-2005." *International Journal of Occupational and Environmental Health* 13 (3): 268–80.
78. Leetmaa, Reelika, Andres Võrk, and Epp Kallaste. 2004. *Vanemaealine töäjõud tööturul ja tööelus*. 19. PRAXISE toimetised. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus PRAXIS.
79. Lenzenweger, Mark F. 2006. "The Longitudinal Study of Personality Disorders: History, Design Considerations, and Initial Findings." *Journal of Personality Disorders* 20 (6): 645–70. doi:10.1521/pedi.2006.20.6.645.
80. Lerner, Debra, David Adler, Richard C. Hermann, William H. Rogers, Hong Chang, Pamela Thomas, Annabel Greenhill, and Katherine Perch. 2011. "Depression and Work Performance: The Work and Health Initiative Study." In *Work Accommodation and Retention in Mental Health*, edited by Izabela Z. Schultz and E. Sally Rogers, 103–20. Springer New York. http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4419-0428-7_6.
81. Linnamägi, Ülla, Liina Vahter, Kadri Jaanson, Tiiu Tomberg, Siiri-Merike Lüüs, Katrin Gross-Paju, Andrus Kreis, and Toomas Toomsoo. 2006. "Dementsuste Eesti Ravi-, Tegevus- Ja Diagnostikajuhend." L. Puusepa nimelise neuroloogide ja neurokirurgide selts. http://www.enns.ee/Ravijuhendid/Dementsuse_ravijuhend.pdf.
82. Litchfield, Paul. 2013. *An Independent Review of the Work Capability Assessment – Year Four*. London: The Stationery Office. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/265351/work-capability-assessment-year-4-paul-litchfield.pdf.
83. Luciano, A., R.E. Drake, G.R. Bond, D.R. Becker, E. Carpenter-Song, S. Lord, P. Swarbrick, and S.J. Swanson. 2014. "Evidence-Based Supported Employment for People with Severe Mental Illness: Past, Current, and Future Research." *Journal of Vocational Rehabilitation* 40 (1): 1–13.
84. MacDonald-Wilson, Kim L., E. Sally Rogers, and Joseph Massaro. 2003. "Identifying Relationships between Functional Limitations, Job Accommodations, and Demographic Characteristics of Persons with Psychiatric Disabilities." *Journal of Vocational Rehabilitation* 18 (1): 15–24.
85. MacDonald-Wilson, Kim L., E. Sally Rogers, Joseph M. Massaro, Asya Lyass, and Tim Crean. 2002. "An Investigation of Reasonable Workplace Accommodations for People with Psychiatric Disabilities:

- Quantitative Findings from a Multi-Site Study." *Community Mental Health Journal* 38 (1): 35–50. doi:10.1023/A:1013955830779.
86. MacDonald-Wilson, Kim L., Zlatka Russinova, E. Sally Rogers, Chia Huei Lin, Terri Ferguson, Shengli Dong, and Megan Kash MacDonald. 2011. "Disclosure of Mental Health Disabilities in the Workplace." In *Work Accommodation and Retention in Mental Health*, edited by Izabela Z. Schultz and E. Sally Rogers, 191–217. Springer New York. http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4419-0428-7_10.
 87. MacDonald-Wilson, K., E. S. Rogers, and W. A. Anthony. 2001. "Unique Issues in Assessing Work Function Among Individuals with Psychiatric Disabilities." *Journal of Occupational Rehabilitation* 11 (3): 217–32. doi:10.1023/A:1013078628514.
 88. Macias, Cathaleene, Lawrence T. DeCarlo, Qi Wang, Jana Frey, and Paul Barreira. 2001. "Work Interest as a Predictor of Competitive Employment: Policy Implications for Psychiatric Rehabilitation." *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 28 (4): 279–97. doi:10.1023/A:1011185513720.
 89. Mahoney, Alison E. J., Anna Mackenzie, Alishia D. Williams, Jessica Smith, and Gavin Andrews. 2014. "Internet Cognitive Behavioural Treatment for Obsessive Compulsive Disorder: A Randomised Controlled Trial." *Behaviour Research and Therapy* 63 (December): 99–106. doi:10.1016/j.brat.2014.09.012.
 90. Malachowski, C., and B. Kirsh. 2013. "Workplace Antistigma Initiatives: A Scoping Study." *Psychiatric Services* 64 (7): 694–702.
 91. Manthey, Trevor J., Rick Goscha, and Charlie Rapp. 2014. "Barriers to Supported Education Implementation: Implications for Administrators and Policy Makers." *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, August, 1–7. doi:10.1007/s10488-014-0583-z.
 92. Marshall, T., R.W. Goldberg, L. Braude, R.H. Dougherty, A.S. Daniels, S.S. Ghose, P. George, and M.E. Delphin-Rittmon. 2014. "Supported Employment: Assessing the Evidence." *Psychiatric Services* 65 (1): 16–23.
 93. Martin, A., K. Sanderson, and F. Cocker. 2009. "Meta-Analysis of the Effects of Health Promotion Intervention in the Workplace on Depression and Anxiety Symptoms." *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 35 (1): 7–18.
 94. Martin, J.-C., and Raymond Baril. 1996. "Le Cheminement Identitaire Des Travailleurs Accidentés Au Québec. Temps Bureaucratique et Temps Vécu." In *Constructions Sociale Du Temps*, edited by D. Arsenaault, 157–70. Sillery, Québec: Septentrion.
 95. Marwaha, Steven, and Sonia Johnson. 2004. "Schizophrenia and Employment - a Review." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 39 (5): 337–49. doi:10.1007/s00127-004-0762-4.
 96. Masso, Märt, and Ester Rünkla. 2011. "Töötervishoid." In *Eesti Tööelu-Uuring 2009*, 78–96. Sotsiaalministeeriumi Toimetised 3/2011. Sotsiaalministeerium. http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/V2ljaanded/Toimetised/2011/toimetised_20113.pdf.
 97. Mcdaid, D. 2007. "The Economics of Mental Health in the Workplace: What Do We Know and Where Do We Go?" *Epidemiologia E Psichiatria Sociale* 16 (4): 294–98.
 98. McDowell, C., and E. Fossey. 2014. "Workplace Accommodations for People with Mental Illness: A Scoping Review." Scopus. <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84901539983&partnerID=40&md5=37d3496e80bdfcc5a122b2368fbab5d>.

99. Mizzoni, C., and B. Kirsh. 2006. "Employer Perspectives on Supervising Individuals with Mental Health Problems." *Canadian Journal of Community Mental Health* 25 (2): 193–206.
100. Morrison, Ann K. 2009. "Cognitive Behavior Therapy for People with Schizophrenia." *Psychiatry (Edgmont)* 6 (12): 32–39.
101. Muda, Merle. 2013. *Rahvusvaheliste Praktikate Analüüs Tööandja Tegevuste Kohta Terviseseisundist Tingitud Piiratud Töövõimega Töötajate Tööl Hoidmiseks Ja Nende Töökoha Säilistamiseks*. http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Toovaldkond/uurimus_koos_esf_teavitusega.pdf.
102. OECD. 2007. *OECD Employment Outlook 2007*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. http://www.oecd-ilibrary.org/content/book/empl_outlook-2007-en.
103. ———. 2012a. *Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. <http://www.oecd-ilibrary.org/content/book/9789264124523-en>.
104. ———. 2012b. *Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. <http://www.oecd-ilibrary.org/content/book/9789264124523-en>.
105. ———. 2013a. *Mental Health and Work: Denmark*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. <http://www.oecd-ilibrary.org/content/book/9789264188631-en>.
106. ———. 2013b. *Mental Health and Work: Sweden*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. <http://www.oecd-ilibrary.org/content/book/9789264188730-en>.
107. ———. 2014. *Mental Health and Work: United Kingdom*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. <http://www.oecd-ilibrary.org/content/book/9789264204997-en>.
108. ———. 2015. "Mental Health and Work." *OECD Homepage*. <http://www.oecd.org/health/mental-health-and-work.htm>.
109. Parikh, S.V., and P. Huniewicz. 2014. "E-Health: An Overview of the Uses of the Internet, Social Media, Apps, and Websites for Mood Disorders." *Current Opinion in Psychiatry* 28 (1): 13–17. doi:10.1097/YCO.000000000000123.
110. Patterson, K. 2012. "Accommodating Employees with Mental Impairments: An Empirical Study of Employer Practices." *International Journal of Private Law* 5 (1): 40–60.
111. Paul, K.I., and K. Moser. 2009. "Unemployment Impairs Mental Health: Meta-Analyses." *Journal of Vocational Behavior* 74 (3): 264–82.
112. Peer, Jason E., and Wendy Tenhula. 2010. "Assessment of Vocational Functioning in Serious Mental Illness: A Review of Situational Assessment and Performance Based Measures." *Journal of Vocational Rehabilitation* 32 (3): 175–89. doi:10.3233/JVR-2010-0508.
113. Pomaki, Georgia. 2010. *Best Practices for Return-to-Work/ Stay-at-Work Interventions for Workers with Mental Health Conditions*. Vancouver, BC: Occupational Health and Safety Agency for Healthcare in BC. http://www.ccohs.ca/products/webinars/best_practices_rtw.pdf.
114. Pomaki, Georgia, Renée-Louise Franche, N. Khushrushahi, E. Murray, T Lampinen, and P Mah. 2010. *Best Practices for Return-to-Work/ Stay-at-Work Interventions for Workers with Mental Health Conditions*. Vancouver, BC: Occupational Health and Safety Agency for Healthcare in BC. http://www.ccohs.ca/products/webinars/best_practices_rtw.pdf.

115. Pomaki, Georgia, Renée-Louise Franche, Eleanor Murray, Noushin Khushrushahi, and Thomas M. Lampinen. 2012. "Workplace-Based Work Disability Prevention Interventions for Workers with Common Mental Health Conditions: A Review of the Literature." *Journal of Occupational Rehabilitation* 22 (2): 182–95. doi:10.1007/s10926-011-9338-9.
116. Priebe, Stefan, Richard Warner, Theodor Hubschmid, and Isolde Eckle. 1998. "Employment, Attitudes Toward Work, and Quality of Life Among People With Schizophrenia in Three Countries." *Schizophrenia Bulletin* 24 (3): 469–77.
117. Ravijuhendite nõukoda. 2014. "Generaliseerunud Ärevushäire Ja Paanikahäire (agorafobiaga Või Ilma) Käsitus Perearstiabis RJ-F/2.1-2014." Ravijuhendite nõukoda.
118. Reavley, Nicola J., Anna Ross, Eoin J. Killackey, and Anthony F. Jorm. 2012. "Development of Guidelines to Assist Organisations to Support Employees Returning to Work after an Episode of Anxiety, Depression or a Related Disorder: A Delphi Consensus Study with Australian Professionals and Consumers." *BMC Psychiatry* 12 (1): 1–7. doi:10.1186/1471-244X-12-135.
119. Richardson, K.M., and H.R. Rothstein. 2008. "Effects of Occupational Stress Management Intervention Programs: A Meta-Analysis." *Journal of Occupational Health Psychology* 13 (1): 69–93. doi:10.1037/1076-8998.13.1.69.
120. Rijk, Angelique. 2013. "Work Disability Theories: A Taxonomy for Researchers." In *Handbook of Work Disability*, edited by Patrick Loisel and Johannes R. Anema, 475–500. Springer New York.
121. Rogers, E. Sally, and Kim L. MacDonald-Wilson. 2010. "Vocational Capacity among Individuals with Mental Health Disabilities." In *Work Accommodation and Retention in Mental Health*, edited by Izabela Z. Schultz and E. Sally Rogers, 2011 edition, 73–89. New York: Springer.
122. Rost, Kathryn, Jeffrey L. Smith, and Miriam Dickinson. 2004. "The Effect of Improving Primary Care Depression Management on Employee Absenteeism and Productivity. A Randomized Trial." *Medical Care* 42 (12): 1202–10.
123. Rudnick, A., R.C. McEwan, L. Pallaveshi, L. Wey, W. Lau, L. Alia, and L. Van Volkenburg. 2013. "Integrating Supported Education and Supported Employment for People with Mental Illness: A Pilot Study." *International Journal of Psychosocial Rehabilitation* 18 (1): 5–25.
124. Rüsçh, Nicolas, Matthias C. Angermeyer, and Patrick W. Corrigan. 2005. "Mental Illness Stigma: Concepts, Consequences, and Initiatives to Reduce Stigma." *European Psychiatry* 20 (8): 529–39. doi:10.1016/j.eurpsy.2005.04.004.
125. Sado, Mitsuhiro, Joichiro Shirahase, Kimio Yoshimura, Yuki Miura, Kazuhiro Yamamoto, Hajime Tabuchi, Motoichiro Kato, and Masaru Mimura. 2014. "Predictors of Repeated Sick Leave in the Workplace because of Mental Disorders." *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 10 (January): 193–200. doi:10.2147/NDT.S55490.
126. Saint-Arnaud, Louise, Micheline Saint-Jean, and Jean Damasse. 2006. "Towards an Enhanced Understanding of Factors Involved in the Return-to-Work Process of Employees Absent due to Mental Health Problems." *Canadian Journal of Community Mental Health* 25 (2): 303–15. doi:10.7870/cjcmh-2006-0027.
127. Saunders, S.L., and B. Nedelec. 2014. "What Work Means to People with Work Disability: A Scoping Review." *Journal of Occupational Rehabilitation* 24 (1): 100–110.
128. Schmidt, S., U. Roesler, T. Kusserow, and R. Rau. 2014. "Uncertainty in the Workplace: Examining Role Ambiguity and Role Conflict, and Their Link to Depression—a Meta-Analysis." *European Journal of Work and Organizational Psychology* 23 (1): 91–106.

129. Schoenbaum, Michael, Jurgen Unutzer, Daniel McCaffrey, Naihua Duan, Cathy Sherbourne, and Kenneth B Wells. 2002. "The Effects of Primary Care Depression Treatment on Patients' Clinical Status and Employment." *Health Services Research* 37 (5): 1145–58. doi:10.1111/1475-6773.01086.
130. Schultz, Izabela Z., Danielle Duplassie, Douglas B. Hanson, and Alanna Winter. 2011. "Systemic Barriers and Facilitators to Job Accommodations in Mental Health: Experts' Consensus." In *Work Accommodation and Retention in Mental Health*, edited by Izabela Z. Schultz and E. Sally Rogers, 353–72. Springer New York. http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4419-0428-7_19.
131. Schultz, Izabela Z., Terry Krupa, and E. Sally Rogers. 2011. "Best Practices in Accommodating and Retaining Persons with Mental Health Disabilities at Work: Answered and Unanswered Questions." In *Work Accommodation and Retention in Mental Health*, edited by Izabela Z. Schultz and E. Sally Rogers, 445–65. Springer New York. http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4419-0428-7_24.
132. Schultz, Izabela Z., and E. Sally Rogers. 2010. *Work Accommodation and Retention in Mental Health*. Springer.
133. Schultz, Izabela Z., Alanna Winter, and Jaye Wald. 2011. "Evidentiary Support for Best Practices in Job Accommodation in Mental Health: Employer-Level Interventions." In *Work Accommodation and Retention in Mental Health*, edited by Izabela Z. Schultz and E. Sally Rogers, 409–23. Springer New York. http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4419-0428-7_22.
134. Schultz, Theodore W. 1961. "Investment in Human Capital." *The American Economic Review* 51 (1): 1–17.
135. Sharac, J., P. McCrone, S. Clement, and G. Thornicroft. 2010. "The Economic Impact of Mental Health Stigma and Discrimination: A Systematic Review." *Epidemiologia E Psichiatria Sociale* 19 (3): 223–32.
136. Stansfeld, S., and B. Candy. 2006. "Psychosocial Work Environment and Mental Health - A Meta-Analytic Review." *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 32 (6): 443–62.
137. Szeto, Andrew C. H., and Keith S. Dobson. 2010. "Reducing the Stigma of Mental Disorders at Work: A Review of Current Workplace Anti-Stigma Intervention Programs." *Applied and Preventive Psychology* 14 (1–4): 41–56. doi:10.1016/j.appsy.2011.11.002.
138. Tan, L., M.-J. Wang, M. Modini, S. Joyce, A. Mykletun, H. Christensen, and S.B. Harvey. 2014. "Preventing the Development of Depression at Work: A Systematic Review and Meta-Analysis of Universal Interventions in the Workplace." *BMC Medicine* 12 (1). <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84899949478&partnerID=40&md5=ab171490e163904da4d174fcb3e75e69>.
139. Taylor, A.C., and G.R. Bond. 2014. "Employment Specialist Competencies as Predictors of Employment Outcomes." *Community Mental Health Journal* 50 (1): 31–40.
140. Taylor, S. F., and I. Liberzon. 1999. "Paying Attention to Emotion in Schizophrenia." *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 174 (January): 6–8.
141. The Merck Manuals Online Medical Library. 2014. "Personality Disorders." *The Merck Manuals Professional Edition*. http://www.merckmanuals.com/professional/psychiatric_disorders/personality_disorders/personality_disorders.html.
142. TNS Opinion & Social. 2006. *Special Eurobarometer 248 - Mental Well-Being*. Special Eurobarometer 248. European Commission, Directorate General Health and Consumers. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_248_en.pdf.

143. ——. 2010. *Special Eurobarometer 345 - Mental Health*. Special Eurobarometer 345. European Commission, Directorate General Health and Consumers. http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/ebs_345_en.pdf.
144. Tööinspeksioon. 2014. *Töökeskkonna Ülevaade 2013*. Tööinspeksioon. http://www.ti.ee/fileadmin/user_upload/failid/dokumendid/Meedia_ja_statistika/Toeokeskkonna_ulevaated/2013/2013_Tookeskonna_ylevaade.pdf.
145. ——. 2015. "Tööandja Makstav Haigushüvitis." *Tööinspeksiooni Koduleht*. January 25. <http://vana.ti.ee/index.php?page=1453&>.
146. Tsang, H., P. Lam, B. Ng, and O. Leung. 2000. "Predictors of Employment Outcome for People with Psychiatric Disabilities: A Review of the Literature since the Mid '80s." *Journal of Rehabilitation* 66 (2): 19–31.
147. Vahopski, Reelika, Andrus Saar, Maris Lauri, Eve Telpt, Eneli Siirman, Marina Suhhoterina, and Irina Strapatšuk. 2014. *Töövõimetoetuse Seaduse Mõjuanalüüs - Eelhindamine*. Saar Poll OÜ. http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Sotsiaalvaldkond/tvk_semojuanalüüs_eessona_ga.pdf.
148. Van Balkom, Anton J. L. M., Christine A. van Boeijen, A. Joan P. Boeke, Patricia van Oppen, Pieter T. Kempe, and Richard van Dyck. 2008. "Comorbid Depression, but Not Comorbid Anxiety Disorders, Predicts Poor Outcome in Anxiety Disorders." *Depression and Anxiety* 25 (5): 408–15. doi:10.1002/da.20386.
149. Van der Noordt, M., H. IJzelenberg, M. Droomers, and K.I. Proper. 2014. "Health Effects of Employment: A Systematic Review of Prospective Studies." Scopus. <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84894037772&partnerID=40&md5=6d638dc69e5ec470d2d27715662a66b2>.
150. Van Erp, N.H.J., F.B.M. Giesen, J. Van Weeghel, H. Kroon, H.W.C. Michon, D. Becker, G.J. McHugo, and R.E. Drake. 2007. "A Multisite Study of Implementing Supported Employment in the Netherlands." *Psychiatric Services* 58 (11): 1421–26.
151. Veldre, Vootele, Märt Masso, Liina Osila, and Priit Kruus. 2012. *Töövõimetususe hindamine, asendussissetuleku võimaldamine ja tööalane rehabilitatsioon Eestis ja viies Euroopa Liidu riigis : uuringuaruanne*. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis.
152. Vrkljan, B. H., and J. Miller-Polgar. 2001. "Meaning of Occupational Engagement in Life-Threatening Illness: A Qualitative Pilot Project." *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue Canadienne D'ergothérapie* 68 (4): 237–46.
153. Waddell, Gordon, and A. Kim Burton. 2006. *Is Work Good for Your Health and Well-Being?*. London: TSO.
154. Waghorn, Geoff, David Chant, Paul White, and Harvey Whiteford. 2005. "Disability, Employment and Work Performance among People with ICD-10 Anxiety Disorders." *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 39 (1-2): 55–66. doi:10.1111/j.1440-1614.2005.01510.x.
155. Waghorn, Geoffrey R., and David C. Chant. 2005. "Employment Restrictions among Persons with ICD-10 Anxiety Disorders: Characteristics from a Population Survey." *Journal of Anxiety Disorders* 19 (6): 642–57. doi:10.1016/j.janxdis.2004.06.004.
156. Wagner, Birgit, Andrea B. Horn, and Andreas Maercker. 2014. "Internet-Based versus Face-to-Face Cognitive-Behavioral Intervention for Depression: A Randomized Controlled Non-Inferiority Trial." *Journal of Affective Disorders* 152–154 (January): 113–21. doi:10.1016/j.jad.2013.06.032.

157. Wald, Jaye. 2011. "Anxiety Disorders and Work Performance." In *Work Accommodation and Retention in Mental Health*, edited by Izabela Z. Schultz and E. Sally Rogers, 121–40. Springer New York. http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4419-0428-7_7.
158. Wewiorski, Nancy J., and Ellen S. Fabian. 2004. "Association between Demographic and Diagnostic Factors and Employment Outcomes for People with Psychiatric Disabilities: A Synthesis of Recent Research." *Mental Health Services Research* 6 (1): 9–21.
159. Whitley, R., K.M. Kostick, and P.W. Bush. 2010. "Desirable Characteristics and Competencies of Supported Employment Specialists: An Empirically-Grounded Framework." *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 37 (6): 509–19.
160. Wittchen, H.U., F. Jacobi, J. Rehm, A. Gustavsson, M. Svensson, B. Jönsson, J. Olesen, et al. 2011. "The Size and Burden of Mental Disorders and Other Disorders of the Brain in Europe 2010." *European Neuropsychopharmacology* 21 (9): 655–79. doi:10.1016/j.euroneuro.2011.07.018.
161. World Health Organization. 1992. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. 10th revision. Geneva: World Health Organization.
162. Wright, Aidan G. C., Aaron L. Pincus, and Mark F. Lenzenweger. 2013. "A Parallel Process Growth Model of Avoidant Personality Disorder Symptoms and Personality Traits." *Personality Disorders* 4 (3): 230–38. doi:10.1037/a0027773.
163. Yonkers, Kimberly A., Steven E. Bruce, Ingrid R. Dyck, and Martin B. Keller. 2003. "Chronicity, Relapse, and Illness--Course of Panic Disorder, Social Phobia, and Generalized Anxiety Disorder: Findings in Men and Women from 8 Years of Follow-Up." *Depression and Anxiety* 17 (3): 173–79. doi:10.1002/da.10106.

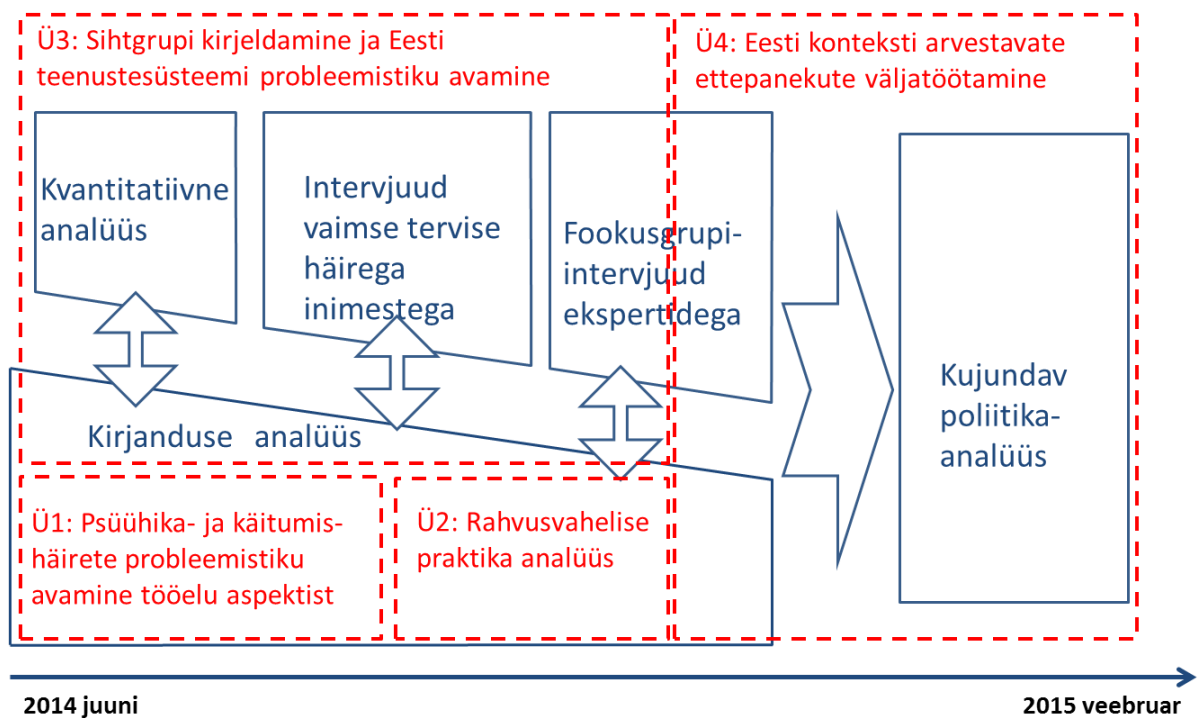
LISA 1. Metoodika

Psüühika- ja käitumishäiretega inimeste osalemist avatud tööturul ja avatud tööturul osalemist toetavaid meetmeid analüüsi kombineeritud metoodikaga, kasutades järgmisi kvalitatiivseid ja kvantitatiivseid meetodeid (vt **Joonis 12**):

- **Kirjanduse analüüs** annab ülevaate uuringutest ja analüüsides, mis tõendus põhised käsitlevad psüühika- ja käitumishäiretega inimeste tööturul osalemise probleeme ning nende töövõimetus ennetamise ja töövõime säilitamise ja taastamise võimalusi.
- **Kvantitatiivne analüüs** annab arvilise ülevaate psüühika- ja käitumishäiretega inimeste rühmast ja nende osalemisest tööturul, osalemise probleemide ja nende ennetamise või lahendamise meetmete levikust ja seeläbi nende suhtelisest olulisusest. Kvantitatiivsete meetoditena kasutatakse registriandmete mikroandmete või agregeeritud statistika analüüsi ning küsitlus-uuringu mikroandmete kirjeldavat analüüsi.
- **Informandiintervjuud** töövõimetusperoonidega võimaldavad koguda inimeste vahetuid lugusid tööelus osalemisest ning tööturuteenuste ja vaimset tervist toetavate teenuste kasutamisest. Poolstruktureeritud süvaintervjuid aitavad välja tuua kirjandust täiendavaid käsitlusi ja argumente tööturul osalemise probleemide ning nende ennetamise ja lahendamise kohta.
- **Fookusgrupi- ja ekspertintervjuud** erinevate sidusrühmadega võimaldavad koguda ekspert-teadmisi ja -hinnanguid. Ühelt poolt kogutakse poolstruktureeritud fookusgrupiintervjuudega arvamusid tööandjalt vaimse tervise häirega inimeste tööturul osalemise problemaatika kohta. Teisalt koondatakse ekspertintervjuudega psüühika- ja käitumishäiretega inimestega puutumuses olevate tippspetsialistide (psühholoogid, psühhiaatrid, perearstid, töötervishoiuarstid) ja spetsialistide (töötukassa juhtumikorraldajad) arvamusid tööturul osalemist toetavate meetmete kohta. Kogutavad arvamusad aitavad vajadusel täiendada kirjanduspõhist käsitlust probleemidest ja argumentidest sihtgrupi tööelus osalemise takistuste ja nende ületamise võimaluste kohta.

Erinevatest analüüsides kumuleeruvat teadmust ja arvamusid kasutati kujundavaks poliitikaanalüüsiks, mille tulemusena töötati välja põhitud soovitused psüühika- ja käitumishäiretega inimeste tööhõivet toetavate poliitikameetmete arendamiseks. Siinjuures on oluline arvestada, et vaid empiiriliste analüüsides kirjandusülevaated annavad tõendus põhised argumente erinevate probleemide põhjuste ning nende ennetamise ja lahendamise võimalikkuse kohta. Informandiintervjuude ja fookusgrupiintervjuudel baseeruv info võib pakkuda võimalikke täiendavaid argumente olukorra iseloomustamiseks ja põhjendamiseks, kuid ei kinnita või lükka ümber argumentide põhitudust või suhtelist olulisust. Kvantitatiivsete administratiivandmete olemus seab samuti tõsised piirangud nende kasutamise võimalustele; andmestik võib aidata suurepäraselt kirjeldada antud meetmete süsteemi, suutmata samas sisukalt avada seda maailma, mis jääb sellest süsteemist väljapoole. Siiski aitab erinevate administratiivsete andmekogude andmete statistiline analüüs käesolevas töös illustreerida vaimse tervise häirega inimeste sihtgruppi, sihtgrupi tööelus osalemist, tööelus osalemise võimalikke takistusi ning tööelus osalemist toetavates meetmetes osalemist. Lisaks neile kasutatakse sihtgrupi tööelus osalemise ja tööelus osalemise võimalikke takistuste illustreerimiseks Eesti tööjõu-uuringu mikroandmeid.

Kvantitatiivsete andmete kasutust on iseloomustatud raporti põhitekstis peatükis 2.2.1 ning peatükis 4.3. Alljärgnevalt antakse ülevaate kirjanduse otsimise metoodikast, informandiintervjuude metoodikast ja fookusgrupiintervjuude metoodikast.



Kirjanduse otsingu metoodika

Süsteemilise kirjanduse otsingu eesmärgiks oli leida varasemad uuringud, mis käsitlevad vaimse tervise häirega inimeste tööelus osalemist ja selle toetamist. Süsteemilise kirjandusülevaate meetodil kujuneb läbipaistev ja põhistatud ülevaade olemasolevatest temaatilistest uuringutest ja analüüsides. See töömahukas meetod võimaldab vältida vaid juhusliku või suvalise ja seeläbi kallutatud informatsiooni koondamist ning toetada seda, et analüüsi järeldused oleks parimal võimalikul viisil põhistatud.

Ülevaate tegemise esimeses etapis viidi läbi otsing etteantud fraasidega, mida vajadusel kitsendati. Teises etapis sõeluti leitud kirjandust pealkirja ja sisukokkuvõtte põhjal etteantud kriteeriumite järgi, välistades otsingule mitte vastavad (valepositiivsed) tulemused. Kolmandas etapis selekteeriti kirjandus põhitekti järgi, et välistada taas teemale mitte vastavad või ebakvaliteetsed uuringud ja analüüsid.

Süsteemiline kirjandusülevaade viidi läbi kahes osas:

- esimeses osas otsiti varasemaid süsteemilisi kirjandusülevaateid, metaanalüüse, mis käsitlevad vaimse tervise häiretega inimeste tööelus osalemist ja osalemise toetamist;
- teises osas otsiti artikleid, mis käsitlevad psüühika- ja käitumishäirete inimeste tööelus osalemist toetavaid meetmeid, nende rakendamist ja mõju.

Kirjanduse otsingu andmebaasina kasutati eelretsenseeritud teaduskirjandust üldindekseerivat andmebaasi Scopus (<http://www.scopus.com/>), mis sisaldab autorite hinnangul väga laia spektrit kõikvõimalikke eelretsenseeritud akadeemilisi ja rakenduslikke artikleid.

Süsteemiliste kirjandusülevaadete otsing

Teaduskirjanduse otsingut alustati süsteemilistest kirjandusülevaadete otsingust, sest varasemaid empiirilisi analüüse kokkuvõtavad artiklid annavad eeldatavasti parima ülevaate senistest uurimustest ja teadmistest.

Süsteematiliste kirjandusülevaadete otsinguks koostati esmalt otsingu märksõnade loetelu (1) vaimse tervise häirete, (2) töötamise ning (3) süsteematiliste kirjandusülevaadete kohta. Otsingu märksõnade loend koostati ühest küljest erinevate varasemalt teadaolevate ülevaateraportite (vt nt OECD 2012a; Corbière, Negrini, and Dewa 2013; Pomaki *et al.* 2012), teisest küljest aga rahvusvahelise haiguste klassifikaatori (World Health Organization 1992) nn F-diagnoosi märksõnade järgi.

Otsingumärksõnu täpsustati peale esmast prooviotsingut ja leitud kirjandusega tutvumist. Otsingutes kasutatud märksõnad on järgmised:

- vaimse tervise häirete üldmärksõnad: mental disorder, mental health, mental illness, mental ill health, mental disease, mental disability (-disabilities), mentally ill, psychiatric disorder, psychiatric disorder, psychiatric disability, psychiatric disabilities, behavioral illness, behavioral disorder.
- diagnoosi-põhised märksõnad, mille valikul võeti arvesse tööealiste, tuvastatud püsiva töövõimekauga inimeste põhidiagnoose (töö selles faasis oli autorite käsutuses vaid piiratud hulk andmeid); kõik allolevad diagnoosipõhised märksõnad katavad 94,8% töövõimetus pensionäridest, kel on diagnoositud psüühika- ja käitumishäire põhidiagnoosina:

RHK märksõna eesti keeles	Juhtumid	Otsingumärksõnad
Dementsus	647	dementia
Depressioon	3790	depression OR depressive disorder
Ärevushäired	1381	anxiety (disorder)
(Kerged) tunnetusprotsesside häired	276	cognitive disorder
Isiksus- ja käitumishäired (hõlmab arvus allolevat)	3534	personality disorder OR behavioral disorder
Traumajärgse ajukahjustuse sündroom	1479	traumatic brain injury
Psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired	1026	psychoactive substance OR substance-related disorders
Skisofreenia ja skisotüüpsed häired	5979	schizophrenia OR psychotic disorders
Bipolaarne meeleoluhäire	372	bipolar (disorder)
Vaimne alaareng	5893	mental retardation
Aspergeri sündroom, autism jt pervasiivsed arenguhäired	316	asperger OR autism OR pervasive developmental disorder

- töötamisega, tööga seotud kitsendavad märksõnad: job, work, working, worksite, workplace, occupation, occupational, vocational, employment, unemployment, employee, employer, labour, labor, market inactivity, economic inactivity, industrial relations, social dialogue, civil service;
- süsteematiliste kirjandusülevaadetega seotud kitsendavad märksõnad: systematic review, systematic literature review, literature review, meta analysis, scoping review, scoping studies, scoping study, evidence based review.

Otsingu märksõnade ja SCOPUS andmebaasi otsingumootori järgi koostatati otsingulause. Otsingute läbiviimisel kasutasime Boole'i operaatoreid (AND, OR, NOT) ja sulge, mis näitavad ära, milliseid sõnu millega kombinatsioonis tuleb vaadata. Otsingulauset näitlikustab järgmine fraas: (otsingus tegelikult kasutatud otsingulaused on toodud allpool):

(ABS("mental disorder" OR "depression") AND ABS(job OR work) AND ABS("systematic review" OR "systematic literature review")) AND PUBYEAR > 2004 AND (LIMIT-TO(LANGUAGE,"English"))

Selle otsingufraasi kohaselt otsiti artiklite lühikokkuvõtetest psüühika- ja käitumishäiretega inimeste tööelus osalemist käsitlevaid süstemaatilisi kirjandusülevaateid. See otsingulause tõi välja näiteks artiklid, mille lühikokkuvõttes on olemas „mental disorder“ või „depression“ ja „job“ ja „systematic literature review“.

Otsingule või otsingu tulemustele seati täiendavad kriteeriumid:

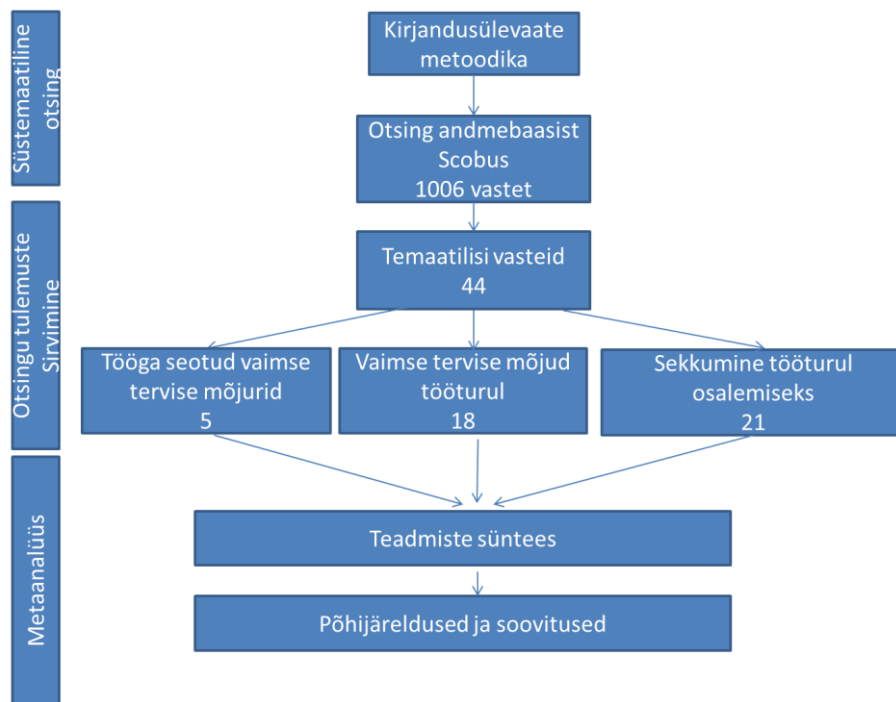
- Keel: otsingusse kaasati **inglisekeelsed** tekstid. Projektimeeskonna liikmete keeleoskuse tõttu toimus infootsing inglise keeles, milles valdav osa teaduskirjandusest ja võrdlevast poliitikaanalüüsist esitatakse.
- Avaldamisperiood: otsingusse kaasati vahemikus **2005-2014 avaldatud tekstid**. Viimastel aastatel on avaldatud mitmeid raporteid, mis käsitlevad käesoleva uuringu teemat, mis osaliselt põhinevad (süstemaatilisel) kirjandusülevaatel (vt näiteks (OECD 2012a; Corbière, Negrini, and Dewa 2013; Pomaki *et al.* 2012) ning mis viitavad, et vaimse tervise probleemidega seotud tööelu ja asjakohaste tööturuteenuste pakkumine on jõudnud uurijate teadvusesse just viimasel kümnendil. Analüüsimeeskond pidas seega eesmärgipäraseks otsida tekste, mis on avaldatud nimetatud kümnendi kohta võimalusega arvestada analüüsitöös infoallikana tekstides toodud autoriteetseid allikaid, mis on avaldatud varem, kui kirjeldatud periood.

Teaduskirjandust üldindekseerivast andmebaasist Scopus kasutati esmalt järgmist otsingulauset:

```
(ABS("mental disorder" OR "mental health" OR "mental illness" OR "mental ill health" OR "mental disease" OR "mental disability" OR "mental disabilities" OR "mentally ill" OR "psychiatric disorder" OR "psychiatric disability" OR "psychiatric disabilities" OR "behavioral illness" OR "behavioral disorder") OR ABS(dementia OR depression OR "depressive disorder" OR anxiety OR "cognitive disorder" OR "personality disorder" OR "behavioral disorder" OR "traumatic brain injury" OR "psychoactive substance" OR "substance related disorder" OR schizophrenia OR "psychotic disorders" OR bipolar OR "bipolar disorder" OR "mental retardation" OR asperger OR autism OR "pervasive developmental disorder") AND ABS(job OR work OR working OR worksite OR workplace OR occupation OR occupational OR vocational OR employment OR unemployment OR employee OR employer OR labour OR labor OR "market inactivity" OR "economic inactivity" OR "industrial relations" OR "social dialogue" OR "civil service") AND ABS("systematic review" OR "systematic literature review" OR "literature review" OR "meta analysis" OR "scoping review" OR "scoping studies" OR "scoping study" OR "scoping review" OR "evidence based review" OR "evidence-based review")) AND PUBYEAR > 2004 AND ( LIMIT-TO(LANGUAGE,"English"))
```

Otsingulause andis 1006 vastavat süstemaatilist kirjandusülevaadet, millest 951 ehk ligikaudu 94% osutus valepositiivseks, ehk ei käsitlenud vaimse tervise häiretega inimeste tööelus osalemist kirjandusülevaate teemana või ei olnud meetodiliselt süstemaatilised kirjandusülevaated. Ühest küljest oli otsingulause madala tundlikkusega, mille tõttu otsingutulemustesse tuli palju artikleid tulenevalt sarnastest fraasidest lühikokkuvõttes nagu „this **work** focuses“ või „more **work** is required“ või „**working** memory“. Kuna otsingulause ei seadnud välistavaid tingimusi meditsiinilisi sekkumisi kirjeldavatele ülevaadetele, hõlmasid leitud artiklid hõlmasid ka selliseid allikaid (nt seotult fraasiga „adherence to **mental health** treatment“). Sisulistele otsingukriteeriumitele vastas seega 54 artiklit (vt **Joonis 13**).

JOONIS 13. SÜSTEEMAATILISTE KIRJANDUSÜLEVAADETE OTSING JA SIRVIMINE



Allikas: autorite koostatud

Töötamist toetavaid meetmeid käsitlevate teadusartiklite otsing

Süsteemaatiliste kirjandusülevaadete otsingu, sirvimise ja läbitöötamise järel viidi läbi vaimse tervise häiretega inimeste tööelus osalemist toetavaid meetmeid, nende rakendamist ja mõju käsitlevate eelretsenseeritud teadusartiklite otsing. Asjakohaste meetmetena käsitleti nn tööturumeetmetena vaadeldavaid meetmeid, jättes seega kõrvale meditsiinilised-terapeutilised sekkumised (neid otsingulauses samas üheselt välistamata). Otsingufraasi koostamisel kasutati eelnevas otsingus kasutatud vaimse tervise teemalisi üldmärksõnu ning psüühika- ja käitumishäirete diagnooside põhiseid märksõnu. Süsteemaatiliste kirjandusülevaadete põhjal koostati ka töötamist toetavate meetmetega seotud märksõnade loetelu:

- Üldised märksõnad meetmete kohta: ability management, disability management, return to work, stay at work, job retention, work retention, employment retention, work rehabilitation, workplace rehabilitation, vocational rehabilitation, occupational rehabilitation, work measure, vocational measure, work intervention, vocational intervention;
- Märksõnad tööturumeetmete kohta: employment support, supported employment, individual placement, place then train, protected employment, sheltered employment, sheltered workshop, train place; place first, then train; place then train, transitional employment, employment measure, labor market policy, labor market program, activation policy, activation program, employment policy;
- Märksõnad üldiste töökoha meetmete kohta: workplace intervention, worksite intervention, organization intervention, organisation intervention, employer intervention, intervention in organization, intervention in organisation, intervention at workplace, intervention at worksite, workplace-based intervention, organisational level intervention, organisational intervention, organizational intervention, workplace focused intervention, workplace measure, worksite measure, organization measure, organisation measure, employer measure, measure in organization, measure in organisation, measure at workplace, measure at worksite, workplace-

based measure, organizational level measure, organisational level measure, organisational measure, organizational measure , workplace focused measure;

- Märksõnad töökoha kohandamise kohta: work accommodation, workplace accommodation, job accommodation, work adaptation, job adaptation, workplace adaptation, work adjustment, workplace adjustment, job adjustment, work modification, workplace modification, job modification, reasonable accommodation, job design, work design, workplace design, work re-design;
- Märksõnad töösuhete regulatsiooni kohta: labor regulation, labor standard, labour regulation, labour standard, employment right, rights at work, rights as an employee, employee rights, employee entitlement, workers rights, job rights;
- Märksõnad ennetamise kohta: prevention, promotion, literacy

Teaduskirjandust üldindekseeriva andmebaasi Scopus otsingumootoris kasutati artiklite otsimiseks järgmisi otsingulauseid:

```
((ABS("mental disorder" OR "mental health" OR "mental illness" OR "mental ill health" OR "mental disease" OR "mental disability" OR "mentally ill" OR "psychiatric disorder" OR "psychiatric disability" OR "behavioral illness" OR "behavioral disorder") OR ABS(dementia OR depression OR "depressive disorder" OR anxiety OR "cognitive disorder" OR "personality disorder" OR "behavioral disorder" OR "psychoactive substance" OR "substance related disorder" OR schizophrenia OR "psychotic disorders" OR bipolar OR "bipolar disorder" OR "mental retardation" OR "pervasive developmental disorder")) AND TITLE(prevent* OR promot* or literac*) AND ABS(workplace* OR worksite* OR organization* OR organisation* OR company OR companies OR enterprize* OR enterprise* OR employer*)) AND PUBYEAR > 2004 AND ( LIMIT-TO(LANGUAGE,"English" ) ) AND ( LIMIT-TO(DOCTYPE,"ar" ) )
```

```
((ABS("mental disorder" OR "mental health" OR "mental illness" OR "mental ill health" OR "mental disease" OR "mental disability" OR "mentally ill" OR "psychiatric disorder" OR "psychiatric disability" OR "behavioral illness" OR "behavioral disorder") OR ABS(dementia OR depression OR "depressive disorder" OR anxiety OR "cognitive disorder" OR "personality disorder" OR "behavioral disorder" OR "psychoactive substance" OR "substance related disorder" OR schizophrenia OR "psychotic disorders" OR bipolar OR "bipolar disorder" OR "mental retardation" OR "pervasive developmental disorder")) AND ABS("labor regulation*" OR "labor standard*" OR "labour regulation*" OR "labour standard*" OR "employment right*" OR "right* at work" OR "right* as an employee" OR "employee* right*" OR "employee* entitlement*" OR "worker* right*" OR "job right*")) AND PUBYEAR > 2004 AND ( LIMIT-TO(LANGUAGE,"English")) AND ( LIMIT-TO(DOCTYPE,"ar" ) )
```

```
((ABS("mental disorder" OR "mental health" OR "mental illness" OR "mental ill health" OR "mental disease" OR "mental disability" OR "mentally ill" OR "psychiatric disorder" OR "psychiatric disability" OR "behavioral illness" OR "behavioral disorder") OR ABS(dementia OR depression OR "depressive disorder" OR anxiety OR "cognitive disorder" OR "personality disorder" OR "behavioral disorder" OR "psychoactive substance" OR "substance related disorder" OR schizophrenia OR "psychotic disorders" OR bipolar OR "bipolar disorder" OR "mental retardation" OR "pervasive developmental disorder")) AND ABS("work accommodation*" OR "workplace accommodation*" OR "job accommodation*" OR "work adaptation*" OR "job adaptation*" OR "workplace adaptation*" OR "work adjustment*" OR "workplace adjustment*" OR "job adjustment*" OR "work modification*" OR "workplace modification*" OR "job modification*" OR "reasonable accommodation*" OR "job design" OR "work design" or "workplace design" OR "work re-design" OR "work redesign")) AND PUBYEAR > 2004 AND ( LIMIT-TO(LANGUAGE,"English" ) ) AND ( LIMIT-TO(DOCTYPE,"ar" ) )
```

```
((ABS("mental disorder" OR "mental health" OR "mental illness" OR "mental ill health" OR "mental disease" OR "mental disability" OR "mentally ill" OR "psychiatric disorder" OR "psychiatric disability" OR "behavioral illness" OR "behavioral disorder") OR ABS(dementia OR depression OR "depressive disorder" OR anxiety OR "cognitive disorder" OR "personality disorder" OR "behavioral disorder" OR "psychoactive substance" OR "substance related disorder" OR schizophrenia OR "psychotic disorders" OR bipolar OR "bipolar disorder" OR "mental retardation" OR "pervasive developmental disorder")) AND ABS("workplace* intervention*" OR "worksite* intervention*" OR "organization* intervention*" OR
```


"organisation intervention*" OR "employer* intervention*" OR "intervention* in organization*" OR "intervention* in organisation*" OR "intervention* at workplace*" OR "intervention* at worksite*" OR "workplace-based intervention*" OR "organizational level intervention*" OR "organisational level intervention*" OR "organisational intervention*" OR "organizational intervention*" OR "workplace focused intervention*" OR "workplace* measure*" OR "worksite* measure*" OR "organization* measure*" OR "organisation measure*" OR "employer* measure*" OR "measure* in organization*" OR "measure* in organisation*" OR "measure* at workplace*" OR "measure* at worksite*" OR "workplace-based measure*" OR "organizational level measure*" OR "organisational level measure*" OR "organisational measure*" OR "organizational measure*" OR "workplace focused measure*") AND PUBYEAR > 2004 AND (LIMIT-TO(LANGUAGE,"English")) AND (LIMIT-TO(DOCTYPE,"ar"))

((ABS("mental disorder" OR "mental health" OR "mental illness" OR "mental ill health" OR "mental disease" OR "mental disability" OR "mentally ill" OR "psychiatric disorder" OR "psychiatric disability" OR "behavioral illness" OR "behavioral disorder") OR ABS(dementia OR depression OR "depressive disorder" OR anxiety OR "cognitive disorder" OR "personality disorder" OR "behavioral disorder" OR "psychoactive substance" OR "substance related disorder" OR schizophrenia OR "psychotic disorders" OR bipolar OR "bipolar disorder" OR "mental retardation" OR "pervasive developmental disorder")) AND ABS("employment support" OR "supported employment" OR "individual placement" OR "place then train" OR "place-then-train" OR "protected employment" OR "sheltered employment" OR "sheltered workshop" OR "train-place" OR "train place" OR "place first, then train" OR "place, then train" OR "place then train" OR "transitional employment" OR "employment measure*" OR "labor market policy" OR "labour market policy" OR "labor market policies" OR "labour market policies" OR "labour market program*" OR "labor market program*" OR "activation policy" OR "activation policies" OR "activation program*" OR "employment policy" OR "employment policies")) AND PUBYEAR > 2004 AND (LIMIT-TO(LANGUAGE,"English")) AND (LIMIT-TO(DOCTYPE,"ar"))

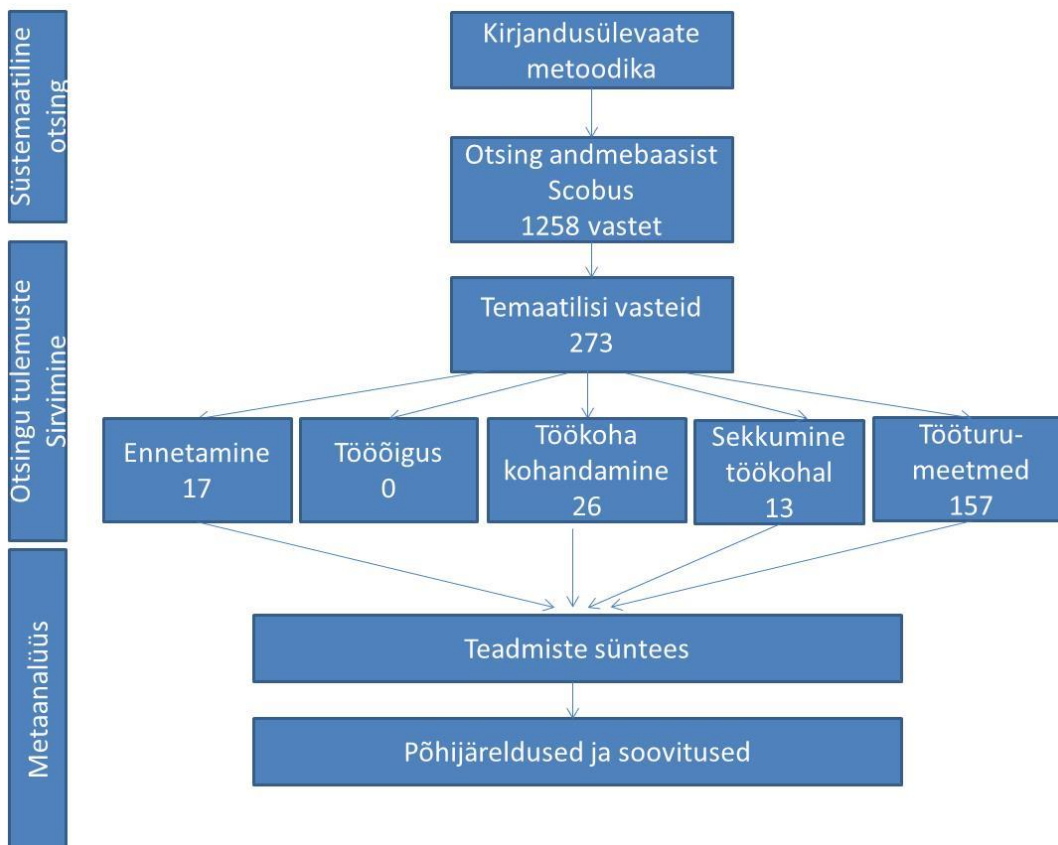
((ABS("mental disorder" OR "mental health" OR "mental illness" OR "mental ill health" OR "mental disease" OR "mental disability" OR "mentally ill" OR "psychiatric disorder" OR "psychiatric disability" OR "behavioral illness" OR "behavioral disorder") OR ABS(dementia OR depression OR "depressive disorder" OR anxiety OR "cognitive disorder" OR "personality disorder" OR "behavioral disorder" OR "psychoactive substance" OR "substance related disorder" OR schizophrenia OR "psychotic disorders" OR bipolar OR "bipolar disorder" OR "mental retardation" OR "pervasive developmental disorder")) AND ABS("ability management" OR "disability management" OR "return-to-work" OR "return to work" OR "stay-at-work" OR "stay at work" OR "job retention" OR "work retention" OR "employment retention" OR "work rehabilitation" OR "workplace rehabilitation" OR "vocational rehabilitation" OR "occupational rehabilitation" OR "work measure*" OR "vocational measure*" OR "work intervention*" OR "vocational intervention*")) AND PUBYEAR > 2004 AND (LIMIT-TO(LANGUAGE,"English")) AND (LIMIT-TO(DOCTYPE,"ar"))

Otsingu tulemusena leiti 1258 eelretsenseeritud teadusartiklit, millest 985 ehk ligikaudu 78% osutus valepositiivseks ehk ei käsitlenud vaimse tervise häiretega inimeste tööelus osalemist toetavaid meetmeid (käsitledes valdavalt hoopis vaimse tervise häirega inimeste tööelus osalemise problemaatikat või erinevaid terapeutilisi sekkumisi). Sisulistele otsingukriteeriumitele vastas seega 273 artiklit (vt [Joonis 14](#)).

Informandiintervjuud

Vaimse tervise häiretega inimeste tööelus osalemist toetava poliitika analüüsiks viidi läbi ka informandiintervjuud, eesmärgiga kaardistada sihtrühma tööelus osalemist takistavad ja toetavad tegurid ning olemasolevate poliitikameetmete ja nende rakendamise tugevused ja vajakajäämised. Järgnevalt kirjeldatakse informandiintervjuude läbiviimise metoodikat lähemalt, keskendudes juhtumite valimisele, intervjuude läbiviimisele ning kvalitatiivsele tekstianalüüsile.

JOONIS 14. TÖÖTAMIST TOETAVAD MEETMEID KÄSITLEVATE TEADUSARTIKLITE OTSING JA SIRVIMINE



Allikas: autorite koostatud

Intervjuukava

Intervjuukava koostamise aluseks olid analüüsi lähteülesandes Sotsiaalministeeriumi sõnastatud uurimisküsimused (alltoodud on Praxise poolt mõnevõrra toimetatud):

1. Millised on vaimse tervise häiretega inimeste hinnangud oma töövõimele (tervis, oskused)?
2. Milline on vaimse tervise häiretega inimeste üldine suhtumine töötamisse (varasem töökogemus, miks on vahetanud töökohti, tuleviku perspektiiv)?
3. Millised on need riskitegurid, mis piiravad vaimse tervise häiretega inimeste töötamist?
4. Missugused peaksid olema tööturuteenused, mis soodustaksid vaimse tervise häiretega inimeste osalemist avatud tööturul?
5. Mida ootavad psüühika- ja käitumishäiretega inimesed tööandjalt, kuidas tööandja saaks soodustada nende töötamist? Missugune peaks olema vaimse tervise häiretega inimestele sobiv, toetav töökeskkond?
6. Millised on vaimse tervise häiretega inimeste hinnangud oma töötingimustele (tööaeg, kaugtöö võimalused, osaaajaga töö, töötamise vaimne ja füüsiline raskus)? Missugused töötingimused sobiksid neile? Millise iseloomuga/milliseid oskusi ja omadusi nõudvad töövaldkonnad, missugused ametid sobiksid ja missugused on sobimatud?

Informandiintervjuude läbiviimiseks koostati laiendatud poolstruktureeritud intervjuukavad. Kuna uuring on piiritletud uuringu eesmärgi ja detailsemate uurimisküsimustega ning süstemaatiline kirjandusanalüüs annab eelteadmist sihtrühma tööelus osalemise kogemuse ja osalemist toetava töö ja sotsiaalpoliitika kohta, oli seda arvestatud ka intervjuudes käsitletavate temade ja võtmeküsimuste lõikes. Kuigi

intervjuukavad olid struktureeritud, jättis see piisavalt valikuvõimalusi, et käsitleda teemasid ja esitada küsimusi viisil, et need oleks iga kindla juhtumi puhul maksimaalselt tulemuslikud ja informatiivsed. Järgnevalt on toodud intervjuuerimise aluseks olnud intervjuukava, mis on rühmitatud seitsmeks alateemaks (avamaks intervjuueerijatele konteksti, on iga teemapeatüki alguses toodud lühike sissejuhatus teemasse):

1. Osalemine tööturul ja tööelus

Kirjanduse kohaselt on vaimse tervise häirega inimesed sagedamini mitteaktiivsed (ei tööta ega otsi tööd), töötud (ei tööta ja otsivad tööd) ja nende töötamine on katkendlikum (töökatkestuste rohkem). Sageli töötavad vaimse tervise häirega inimesed väiksema produktiivsusega (presenteeism) või töötavad nõrhalvematel töökohtadel (sh halvem ametialane positsioon, halvemad töötingimused, terviseseisundit mittearvestavad töötingimused). Need tööturul ja tööelus osalemise probleemid võivad tuleneda nii terviseprobleemist/töövõimest kui ka sellest, et tööturul ja tööelus ei arvestata nende vajadustega.

Vaimse tervise häire (taas-)tekkimine võib mõjutada töötaja-tööandja tööalast suhet: võib tekkida töökatkestus (so haigusleht/ajutine töövõimetus), inimese töö/töötingimused vajavad muutmist, töösuhe võib ka lõppeda. Tööle jäämiseks/naasmiseks võib olla vaja, et nii töötaja kui tööandja tegeleks töövõime probleemidega. Eestis on tööandjal ühest küljest võimalus töötajaga töösuhe lõpetada, kui töötaja ei ole tööülesannete täitmisega 4 kuud toime tulnud, teisest küljest peab tööandja pakkuma teist tööd, sh vajadusel koolitama töötajat, kohandama töökohta või töötingimusi, et töötaja saaks töötamist tervist hoides jätkata⁶⁸. Soovime teada, mis takistab või võimaldab respondentide tööelus osalemist.

+++

- a) Milline on inimese **töötee** – töötamise ja töötuse/mitteaktiivsuse episoodid, töö, töökoormuse, töötingimuste muutumine? Millised probleemid, takistused on piiranud võimalusi leida tööd? Milliste probleemide, takistuste tõttu on olnud keeruline püsida töösuhtes, on katkenud töösuhe? Mis on mõjutanud töö leidmist või mitteleidmist? Mis on mõjutanud töö püsimist või töö kaotamist? Mis on olnud töökaotamise/töösuhete katkemise põhjuseks – miks lõpetati töösuhe tervisega seotud põhjusel? Kuidas on need probleemid, takistused seotud vaimse tervise probleemiga? Mis ja miks oleks võinud olla teisiti?
- b) Milline on inimese **töömotivatsioon**? Miks soovib või miks ei soovi tööd leida ja töötada? Millistel tingimustel ja miks oleks valmis töötama või töötamist jätkama?
- c) Kuidas toimus **tööle naasmine/tööle jäämine** pärast vaimse tervise häire tekkimist (sh naasmine haiguslehel, tervisega seotud töökatkestuselt)? Kuidas toimus töövõime probleemi avaldamine, teadvustamine, lahendamine töökohal? Miks ja mida avaldas või ei avaldanud vaimse tervise häirest tööandjale/juhile ja/või kaastöötajatele? Mis juhtuks, kui avaldaks või ei avaldaks?
- d) Kuidas arutati-räägiti tööandjaga läbi tööle jäämine või naasmine⁶⁹? Mida ja miks töötaja ja/või tööandja tegi või ei teinud, et töötaja saaks tööle jääda või naasta (kuidas see puudutas teisi kaastöötajaid)? Mida ja miks oleks võinud teisiti teha?

⁶⁸ Tööandjal on õigus töösuhe erakorraliselt lõpetada, kui töötaja ei ole pikka aega, so 4 kuud, tulnud toime tööülesannete täitmisega terviseseisundi tõttu; enne töösuhete lõpetamist on tööandjal kohustus pakkuda töötajale teist tööd, sealhulgas korraldada vajadusel töötaja täiendusõppe, kohandada töökoht või muudab töötaja töötingimusi, kui muudatused ei põhjusta tööandjale ebaproportsionaalselt suuri kulusid ning teise töö pakkumist võib asjaolusid arvestades mõistlikult eeldada (TLS § 88). Tööandjal on kohustus tagada tagama töötervishoiu ja tööohutuse nõuetele vastavad töötingimused, ehk töötingimused, mis hoiavad töötaja tervist (TLS § 28). Teisisõnu peab tööandja töötaja füüsilise ja vaimse ülekoormuse vältimiseks kohandama töö töötajale võimalikult sobivaks (TTOS §9).

⁶⁹ Vt eelmist footnote'i.

- e) Kuivõrd praegune töö (so tööülesanded, töökorraldus, töökeskkond, töötingimused etc) arvestavad vaimse tervise probleemi (sh kas häire soosib piisava produktiivsusega töötamist, ootustele vastava töö tegemist, kas töö iseloom ei kahjusta tervist)? Milline peaks olema töö, et saaks tööelus kõrgema produktiivsusega osaleda, teha ootustele vastavat tööd, teha tervist hoidvat tööd? Millised on probleemid sellise töö saamisel/ leidmisel? Kuidas on tööandja argumenteerinud, et miks pole tööd, töötingimusi muudetud, kohendatud?

2. Haridus

Haridus – see on haridustase, haridusvaldkond, oskused ja teadmised – mõjutavad inimeste võimalusi leida tööd, tema ametialast positsiooni, töötasu jne. Vaimse tervise probleemidega inimestel on sagedamini madalam haridustase, neil on vajakajäämised oskustes ja teadmistes, mis aitaks neil tööelus osaleda; samas on nende seas sagedamini ka inimesi, kes on oma töö jaoks üle kvalifitseeritud. Loetletud probleemid tulenevad sellest, et vaimse tervise häirega inimestel on raskem omandada haridust, kuna haridussüsteem ei arvesta nende eripäradega, samuti on neil raskem leida oma haridusele vastavat tööd, ning tulenevalt madalamast ametikohast või muudest asjaoludest saavad nad harvemini töökohal koolitust. Intervjuudes soovime teada, mis ja miks on vaimse tervise probleemidega inimestel takistanud oskuste ja teadmiste omandamist, miks on neil madalam haridustase. Soovime teada, mis ja miks takistab leida oma oskustele ja teadmistele vastavat tööd või töötada oskustele ja teadmistele vastaval ametialal.

+++

- a) Milline on inimese **haridustase**? Milliste probleemide, takistuste tõttu on olnud keeruline omandada soovitud haridustaset, tööturul osalemiseks tarvilikke oskusi ja teadmisi?
- b) Kuidas hindab inimene oma haridust tööturul osalemiseks? Kuidas hindab oma hariduse vastavust tööturuvõimalustega, töökoha oskuste ja teadmiste nõuetega? Kas/miks tunneb, et tööturul osalemiseks ei ole piisavalt head haridust, oskusi teadmisi? Kui, siis millest tulenevalt ei ole oma tööle üle kvalifitseeritud inimesed leidnud oma oskustele-teadmistele vastavat tööd? Kuivõrd on vaimse tervise häire tõttu oskuste ja teadmiste kadu, näiteks selle tõttu, et ei ole tööelus oskusi ja teadmisi saanud kasutada ja arendada?
- c) Millistest oskustest-teadmistest tunnevad vaimse tervise häirega inimesed puudust (so nii erialase tööga seotud haridus kui ka sotsiaalsed oskused, nt tööotsimise oskus, suhtlemisoskus, ajaplaneerimise oskus, probleemilahendamise oskus etc). Millised on õppeasutuste, töötukassa⁷⁰, tööandjate vajakajäämised, et neist oskustest-teadmistest on puudus (nt Miks on takistatud ligipääsu koolitustele? Miks pole koolitused vastanud oskuste ja teadmiste vajadustele? Kas ja kuidas on koolitusi kohandatud nende teistsuguste vajaduste järgi)?

3. Tervis ja töövõime

Kui raske vaimne alaareng ja teised raskemad juhtumid välja arvata, on vaimse tervise probleemide korral diagnoos tema kandja töövõimega nõrgalt seotud. Saab öelda, et diagnoosist tugevamalt on inimese tööturul osalemisega seotud ravi/teraapia kättesaadavus, inimese töömotivatsioon, sobivate-kvaliteetsete tööturuteenuste kättesaadavus, tööandja proaktiivne tegevus töötamise toetamiseks jms tegevus, mis võib aidata toime tulla terviseseisundi muutustega, funktsionaalse võimekuse ja selle muutustega, funktsionaalset võimekust mõjutavate teguritega. Olukorras, kus suur hulk psüühika- ja käitumishäireid on

⁷⁰ TK tööturukoolitus on tööalane koolitus, kus töötule omandab või arendab ameti- või muid oskusi, mis soodustavad isiku tööerakendumist (TTTS § 13). Tööpraktika on töötule praktilise töökogemuse saamiseks tööandja juures osutatav tööturuteenus, mille eesmärk on täiendada töötule tööks vajalikke teadmisi ja oskusi (TTTS § 15). Tööharjutus on töötule tööharjumuse taastamiseks või esmase tööharjumuse omandamiseks osutatav tööturuteenus. Tööharjutuse eesmärk on töötule ettevalmistamine tööloomamiseks (TTS § 17).

käsitletavat kroonilise haigusena, st terveks/haigusevabaks ei ole võimalik inimest ravida, kuid õigeaegne ja piisav ravi võib positiivselt mõjutada tema elukvaliteeti ja töövõimet, on oluline koguda infot selle kohta, millise subjektiivse terviseseisundiga inimesed vaimse tervise probleemidega töövõimetuspensionäride seas esinevad, kas ja kuidas samastatakse töövõimet diagnoosiga, kuidas on diagnoos internaliseerunud ehk kas seda nähakse nõ isikuomaduse või aeg-ajalt mõju avaldava (välise) tegurina. Siin tuleks teema fookus hoida eelkõige nn tunnetuslikul töövõimel, kaebuste kirjeldus on asjakohane vaid juhul, kui see on saadatud ka kirjeldusest, kuidas see töövõimetuseks transformeerub.

+++

- a) Kas- ja kuidas mõjutab tervis töötamist?
- b) Kas on nõus kirjeldama oma terviseprobleemi üldistatult?
 - i. Kui kaua on kestnud ja millise intensiivsusega? (episoodiline? püsiva mõjuga?)
Mida võimaldab või ei võimalda teha igapäevaelus?
 - ii. Milles täpselt avaldub mõju tööelule?
 1. Ärevus, väsimus, unisus ei lase keskenduda?
 2. Keskendumisvõime langus toob kaasa vigu?
 3. Ärrituvus kahandab läbisaamist kolleegiga? jne
 - iii. Missugustele tingimustele peaks tervisest lähtuvalt töö vastama?
- c) Milliseks hindab oma töövõimet tervise tõttu (Kui ise oleks SKA ametnik, mis protsendi annaks? Kui pikaks perioodiks? Kui, siis miks hindab oma töövõimet madalaks? Kuidas on see kooskõlas ametnike, lähedaste, tööandja hinnanguga? Miks?
 - iv. Kuidas prognoosib töövõimet lähitulevikus?
 - v. Mis sekkumine/muutus suudaks töövõimet tajutavalt parandada?
 1. Stabiliseerumine?
 2. Nn häiriva emotsiooni toomine allapoole mingit taset? jne

4. Ravi, teraapia

Olukorras, kus vaimse tervise probleemi all kannatav inimene ei saa õigeaegselt ja piisavas mahus professionaalset psühhiaatrilist/psühholoogilist abi (ravi), võivad tööandja toetav tegevus ja osutatavad tööturumeetmed jääda tulemusteta. Seega on äsja nimetatud sekkumistega seotud hinnangute sisukuse hindamiseks vajalik ravi/teraapia kontekst. Teemalised küsimused ongi mõeldud just tausta avamiseks, alaosa kogumaht intervjuu raames ei tohiks muude teemadega konkureerimisel ületada 5-7 minutit, kuid võib olla pikem, kui muud teemad on ammendatud.

+++

- a) Milline on olnud vaimse tervise probleemi kulg? Millal haigus algas?
- b) Millist ravi, teraapiat, psühholoogilist abi on saanud vaimse tervise probleemi lahendamiseks, sellega toime tulemiseks, funktsioneerimisvõime parandamiseks? Kuidas praegu ravi toimub?/ Millal ravi algas?
 - i. Kuidas toimus esmane abi saamine? (enda initsiatiiv? lähedaste mõju? tööandja soovitusel/käsul?)
 - ii. Mis tasandil ravitakse
 1. perearst
 2. psühhiaater
 - a. Kuidas jõudis?
 - i. enda initsiatiiv?
 - ii. kellegi soovitusel?
 3. psühholoog
 - a. Kuidas jõudis?

- i. enda initsiatiiv?
- ii. kellegi soovitus?
- b. Kes maksab? Haigekassa/SKA/töötukassa/ise?

5. Tööturuteenused ja sotsiaalteenused töövõime toetamiseks, tööturul osalemiseks

Vaimse tervise häirega inimesed (ja nende võimalikud tööandjad) võivad töö leidmiseks, tööl püsimiseks, tööle naasmiseks vajada toetavaid tööturuteenuseid. Töötu või uut tööd otsiv inimene võib töökoha leidmisel saada abi Töötukassa töövahendusest. Töötukassa tööotsijatele ja töötutele töövahenduse ajal loetakse sobivaks tööks selline töö, mis muuhulgas vastab töötule haridusele, erialale ja varasemale töökogemusele ja ei ole tervislikel põhjustel vastunäidustatud (TTTS § 12).

Karjäärinõustamine võib aidata teha õppe, kutse ja töökoha valikuga seotud küsimusi⁷¹. Töötamiseks vajalikke oskusi, teadmisi ja kogemusi võivad anda näiteks tööalased koolitused⁷², tööpraktika⁷³, tööharjutus⁷⁴. Töö kaotus (tajatud ebaõiglane käitumine) võib iseenesest kahjustada psühholoogilist toimetulekut ning raskendada uue töö leidmisele keskendumist – olukorra parandamist võib soosida Töötukassa pakutav psühholoogiline nõustamine⁷⁵.

Töötukassa kõrval võib inimene saada abi ka teistelt abistajatelt, näiteks kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajalt/sotsiaalnõustajalt, SKA rehabilitatsiooniteenusest, vabatahtlikkuse korras tegutsevilt MTÜ-delt jne. Alaosa eesmärgiks on koguda tööturul aktiivsete vaimse tervise häirega inimeste hinnanguid pakutavate tööturuteenuste ja töötamist toetavate sotsiaalteenuste kättesaadavusele ja kvaliteedile. Lisaks soovime infot, kuivõrd on riigi, TK, SKA ja KOV teenustest olnud abi töö leidmisel, töötamise jätkamisel, millised on abi osutamise kitsaskohad ning kuidas võiks teistmoodi abi pakkuda.

+++

- a) Miks on või miks ei ole inimene pöördunud Töötukassa poole töö leidmiseks? Millist abi vajaks, et leida töö, saaks naasta tööle, jätkata töötamist? Kuidas on seda abi saanud Töötukassast või miks ei ole saanud?
- b) Kuidas aitab või miks ei aidanud Töötukassa töötajal leida oma oskustele, teadmistele ja töövõimele vastavat tööd? Kuidas töötukassa arvestas, et töö oleks töötaja oskustele ja teadmistele vastav? Kuidas töötukassa arvestas, et oleks tervisele ja töövõimele vastav? Kuivõrd ja miks see vastas ootustele? Mis oleks pidanud olema teisiti?
- c) Miks töötukassa aitab või ei aidanud omandada oskusi ja teadmisi, mida vaimse tervise häirega inimesed vajaksid töö leidmiseks ja töötamiseks? Mis oleks pidanud olema teisiti?
- d) Millist abi on mujalt, eelkõige riigi ja KOV asutustest saanud töö leidmiseks, töötamiseks? Millist abi ja miks vajaks veel, või mis peaks ja miks peaks abi osutamisel olema teisiti?
- e) Miks rääkis või ei rääkinud Töötukassas või mujal oma vaimse tervise probleemist? Kuidas rääkimine või mitte rääkimine mõjutas või ei mõjutanud abi saamist? Kuidas arvestati abistamisel vaimse tervise probleemiga?

⁷¹ <https://www.tootukassa.ee/content/teenused/karjaarinoustamine>

⁷² TK tööturukoolitus on töötule tööalane koolitus, kus omandatakse või arendatakse ameti- või muid oskusi, mis soodustavad isiku tööerakendumist (TTTS § 13).

⁷³ Tööpraktika on töötule praktilise töökogemuse saamiseks tööandja juures osutatav tööturuteenus, mille eesmärk on täiendada töötule tööks vajalikke teadmisi ja oskusi (TTTS § 15).

⁷⁴ Tööharjutus on töötule tööharjumuse taastamiseks või esmase tööharjumuse omandamiseks osutatav tööturuteenus. Tööharjutuse eesmärk on töötule ettevalmistamine tööloomiseks (TTS § 17).

⁷⁵ <https://www.tootukassa.ee/content/teenused/psuhholoogiline-noustamine>

6. Töövõime üle otsustamise süsteem

Kirjanduse järgi on suureks probleemiks see, et töövõime/-võimetuse hindamise/määramise süsteemid ei arvesta vaimse tervise häirete episoodilisust, perioodilist kõikumist ning häirete heterogeensust, funktsionaalsete piirangute mitmekesisust. Teisalt võib riigi poolt määratud töövõimetus ja seotult hüvitiste maksmine olla inimese jaoks märk sellest, et ta on nõ veaga, ta ei ole enam tööturul oodatud ja jäädagi passiivseks. Intervjuudel võiks käsitleda vaimse tervise häirega inimeste kogemust nende töövõime/töövõimetuse hindamisel. Kas ja kuidas arvestas hindamine nende arvates vaimse tervise häire olemusega, kuidas on administratiivne otsus seotud nende tegeliku töövõimega? Kas administratiivne hindamine muutis kuidagi nende senist elu?

+++

- a) Kas töövõimetuse ekspertiisist on olnud kasu? Kas elu on pärast seda kuidagi muutunud?
 - i. Töövõimetuspension on oluline sissetulek?
 1. Kuidas näeb töövõimetuspensionit? Kompensatsioon väiksema palga eest? Toetus ravimite ostmiseks?
 - ii. Ravikindlustuse olemasolu on aidanud parema/püsivama ravi saamist?
 - iii. Kas väline hinnang aitas paremini aru saada oma olukorrast, leida täiendavaid viise olukorra parandamisele (nt tööandja ei pea enam sotsiaalmaksu maksma senises ulatuses);
 - iv. Kas arvestatakse paremini tema vajaduste-õigustega?
- b) Kas käitumine muutus kuidagi pärast töövõimetuse määramist ja töövõimetuspensionit saamist?
- c) Kas hindamine sellisel kujul (vaid dokumentide põhjal) on olnud õigustatud? Kui hindamine või hindamise tulemused ei olnud ootuspärane/adekvaatne, siis miks, mis oleks pidanud olema teisiti?
 - i. Kuidas peaks hindama töövõimet?
 1. Mida peaks hindama – tervis, teenuste vajadus, oskuste ja teadmiste tase ja arendamisvajadus, sobivad töötingimused etc?
 2. Kui tihti peaks hindama?
 - ii. Mille alusel võiks töövõimetushüvitist/-pensionit maksta? Toetus kõigile, kel on terviseprobleem? Väiksema sissetuleku kompenseerimiseks? Töövõime säilitamisega seotud lisakulude hüvitamiseks?
- d) Kas ja kuidas saaks riik veel vaimse tervise probleemiga inimest aidata?
 - i. Kas peaks mingeid seadusi muutma, mis kaitseks vaimse tervise probleemiga inimest?
 - ii. Mis teenuseid tahaks rohkem saada?
 - iii. Kas teenuseid tuleks tööandjale pakkuda?

7. Stigma (eeldusel, et diagnoosist on räägitud)

- a) Kuidas näeb end võrreldes teiste inimestega?
 - i. Teistsugune? Vähemväärtuslik? Kasutu?
- b) Kuidas diagnoosist teadlikud lähikondsed/kolleegid/ametnikud on temaga käitunud?
 - i. kas on olnud reaalseid muutuseid pärast diagnoosi saamist?
 - ii. kas olnud reaalseid muutuseid teiste käitumistes pärast teada saamist?
 - iii. konkreetsed sündmused! kas ja kuidas muutus käitumine pärast neid sündmusi?

Intervjueeritavad

Hankedokumentide järgi on hankija ootus, et töö teostaja viib läbi vähemalt 40 süvaintervjuud vähemalt kahes erinevas maakonnas. Intervjueeritavate leidmiseks ja intervjueeritavate kontakteerumiseks kasutati SKA administratiivandmeid inimeste kohta, kellel oli määratud püsiv töövõimetus vahemikus 10-80% ning kelle ekspertiisidokumentides sisaldus märke alloleva häire või häirete kombinatsiooni kohta.

- depressioon või muu meeleoluhäire,
- skisofreenia või muu skisotüüpne või luululine häire,
- kerge vaimne alaareng,
- isikus- ja käitumishäire,
- ärevushäire või muu neurootiline või stressiga seotud häire,
- psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired,
- mitme erineva psüühika- ja käitumishäire koosinemine,
- psüühika- ja käitumishäire koosinemine lihasluukonna ja sidekoe haigusega,
- psüühika- ja käitumishäire koosinemine närvisüsteemihaigusega,
- psüühika- ja käitumishäire koosinemine vereringeelundite haigustega,
- psüühika- ja käitumishäire koosinemine kasvajatega (vähktõvega).

Valimistrateegia järgi püüeldi heterogeense valimi poole, st tagada intervjueeritavate varieeruvus püsiva töövõimetus määra, diagnoosigrupi, vanuse, soo, tööturustaatus ja töökogemuse järgi. Kontaktnimekirjast valiti inimesed kontakteerumiseks ja intervjuusse värbamiseks jälgides juhuslikkuse printsiipi, st igal loendis oleval inimesel on kontakti võtmiseks samaväärne tõenäosus. Ligi 20 eduka intervjuu toimumise ja transkriptsioonide esmase läbitöötamise järel tehti vahkokkuvõtted ja tuvastati teemad, mille käsitus oli selleks hetked informatsiooni vähe ning rühmad, kelle värbamine ja intervjueerimine selleks hetkeks veel ei olnud õnnestunud, ning toetudes olemasolevatele isikuandmetele püüti värvata puuduvat teemat tõenäoliselt valdavate isikute või muudele vajalikele parameetritele vastavad isikud. Intervjueeritute jaotus on toodud **Tabel 13**.

Intervjueerimine

Psüühika- ja käitumishäiretega inimeste intervjueerimisel tuleb arvestada, et mõned neist võivad enne intervjueerimist, intervjueerimise ajal ja pärast intervjueerimist kogeda mittesooitavaid psühholoogilisi seisundeid ning see võib mõjutada tema psühholoogilist tervist, näiteks põhjustada ärevust, depressiivset meeleolu vmt. Seetõttu on oluline, et (võimalike) intervjueeritavatega kontakteerumine, intervjuu-eelne ja -järgne suhtlemine ja intervjuu ise arvestaks psüühika- ja käitumishäiretega inimeste eripärasid ja erivajadusi. Intervjueeritavate värbamise ning intervjueerimise viisid läbi psühholoogia-alase ettevalmistusega intervjueerijad, kel olid tarvilikud kompetentsid ja kogemus sihtrühmaga suhtlemiseks, suhtlemise olukorra tajumiseks ning oskasid suhtlust selliselt kujundada ja suheldavatele tagasisidet anda, et intervjuu kogemus oleks osalejate jaoks positiivne või vähemasti neutraalne.

Intervjuude eesmärgipäraseks ja inforikkaks läbiviimiseks arutati intervjueerijatega uuringu eesmärgi ja uurimisküsimusi, koostati ja arutati intervjuukava ning peale prooviintervjuusid toimus aruteluseminar intervjuukava täiendamiseks ja intervjuude läbiviimise korralduse parendamiseks. Intervjuud toimusid Praxise kontoris ning vähesel määral väljaspool Praxise kontorit, intervjueerija ja intervjueeritavate poolt heaks kiidetud intervjueerimiseks kõlblikes ruumides (st piisavalt helikindel, tagatud segamatu suhtlus, ruumi siirdumine on võimalik minimaalsete kontaktidega ja isikut tuvastamata). Kolmel korral toimus vestlus intervjueeritava nõusolekul-soovil avalikus ruumis (toitlustusasutus, botaanikaaed), kuid viisil, et oli välditud

delikaatse info käsitus kõrvaliste isikute läheduses. Kõik intervjuueeritavad andsid enne intervjuu algust ja diktofoni käivitamist kirjaliku informeeritud nõusoleku, kusjuures intervjuueeritav sai täiendavalt vabalt valida andmete töötlemise taset, st nõusolekuvormil küsiti *opt-in* põhimõttel luba kasutada andmeid väljaspool projekti teadustöös, luba anda transkriptsioon töö tellijale üle, luba kasutada intervjuus kõneldut raportis tsitaatidena või mahukamate lõikudena. Samuti küsis uurimismeeskond luba võtta piiratud aja vältel intervjuueeritavaga ühendust, et täpsustada vajadusel intervjuus avaldatud asjaolusid (praktikas seda võimalust kordagi ei kasutatud).

Kodeerimine

Intervjuud salvestati ning transkribeeriti. Intervjuude edasise analüüsi eesmärgiks oli kogutud infomaterjal süstematiseerida analüüsikategooriate kaupa. Analüüsi aluseks oli kodeerimissüsteem, mis aitab kogutud infomaterjali süstematiseerida analüüsi jaoks oluliste kategooriate ja alamkategooriate kaupa. Kui esmased põhi- ja alamkategooriad pandi paika intervjuu kavade järgi, sõnastati need pärast transkriptsioonide esmast läbitöötamist ümber. Nimelt on kvalitatiivanalüüsi puhul oluline silmas pidada, et enne kogutud tekstide läbitöötamist ei ole korrektne analüüsikategooriaid lõplikult paika panna. Lähenemine ja raamistik, mida uurija andmetest enne nende läbitöötamist eeldab, võivad materjali läbitöötamise käigus muutuda ning asenduda teiste analüüsi kategooriatega. Kokkuvõtet kodeeritud tekstist saab lugeda lisas 3 intervjuude kokkuvõttes.

Fookusgrupid-intervjuud ekspertidega

Ekspertintervjuude eesmärgiks oli koguda ekspertteadmist olemasolevast psüühika- ja käitumishäiretega inimeste tööelus osalemist toetavast süsteemist ning arutleda süsteemi võimalike väljakutsete ja arengusuundade üle. Töö raames toimus kuus intervjuud, neist kaks fookusgruppi tööandjate esindajatega, üks fookusgrupp rehabilitatsiooni pakkujatega, gruppintervjuu psühholoogi ja psühhiaatriga, intervjuu tööpsühholoogiga ning intervjuu tööinspektsiooni ametnikuga. Lisaks konsulteeriti töö raames korduvalt Eesti Töötervishoiuarstide Seltsi juhatuse esindajaga.

Intervjuukavad

Intervjuukava koostamise aluseks olid Sotsiaalministeeriumi sõnastatud uurimisküsimused. Töö autorite sõnastuses sooviti fookusrühma intervjuudega leida vastused kolmele laiemale küsimusele:

1. Millised on tööandjate probleemid ja vajadused seoses vaimse tervise häiretega inimeste töövõimetust ennetavate ning töövõimet säilitavate ja taastavate meetmete pakkumisega?
2. Millised on ekspertide esindatavate asutuste või professionide probleemid ja vajadused seoses vaimse tervise häireid ennetavate ja tervist säilitavate ja taastavate meetmete pakkumisega?
3. Millises on ekspertide ja tööandjate hinnangud-arvamused sihtrühma probleemidest, võimalikest lahendustest neile ning erinevatest meetmetest? Millised on ekspertide ja tööandjate hinnangud väljatöötatud ettepanekutele?

Lähtudes nendest küsimustest, kuid arvestades samas läbitöötatud teaduskirjandust ja läbiviidud individuaalintervjuusid, joonistusi välja alamteemad, mille raames koguti valdkonna ekspertide arvamusi hinnanguid ja kogemust intervjuu vormis. Järgnevalt on toodud intervjuukavad sihtrühmade järgi.

TABEL 13. INTERVJUEERITUTE JAOTUS

Karakteristikud	Intervjueerituid	
Vanusegrupp		
	20-29	2
	30-39	11
	40-49	13
	50-59	11
	60+	3
Sugu		
	Mehi	14
	Naisi	26
Häiregrupp*		
	Depressioon	11
	Isiksus- ja käitumishäired	7
	Ärevushäire	6
	Skisofreenia	3
	Muud skisotüüpsed ja luululised häired	3
	Psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika ja käitumishäired	3
	Mitme psüühika- ja käitumishäire koosesinemine	5
	Kehalise haiguse esinemine	18
Töövõimetuse määr, %		39
	40	6
	50	1
	60	7
	70	2
	80	17
	90**	2
	100**	1
	Täpsustamata	3
Haridus		
	Põhiharidus või vähem	4
	Kesk- või kutseharidus	14
	Kõrgharidus	15
	Täpsustamata	7

* Võimalik on mitme häire koosesinemine, psüühika- ja käitumishäiretest on välja toodud vaid häired, mille all kannatas vähemalt 3 intervjueeritut.

**Kolme isiku puhul oli töövõimetuse protsent võrreldes uurimismeeskonna käsutuses olnud andmetega ümber hinnatud.

FOOKUSGRUPID TÖÖANDJATEGA

Tööandjate esindajatega toimus kaks fookusgruppi

Grupp 1: neli teadmustööga tegelevates ettevõttes töötavat või töötanud personalijuhti-spetsialisti, kellest kolmel oli kogemus vaimse tervise häirega töötajaga.

Grupp 2: kuus selliste ettevõtete esindajat, kes olid palganud vaimupuudega inimese.

Intervjuude fookuses oli psüühika- ja käitumishäiretega inimeste tööellu integreerimine, tööandjate vahetu kogemus erinevate psüühika- ja käitumishäiretega inimeste tööle naasmise ja/või töö hoidmise toetamisel – edulood ja ebaõnnestumised. Intervjuu aluseks olid järgmised uurimisküsimused, nende rõhuasetus oli fookusgruppide lõikes erinev:

1. Piiride tõmbamine ehk mis hetkest alates on töötaja halvenenud tervises seisund ka tööandja probleem? Millised sekkumisvõimalusi tööandjad kasutavad täna probleemi ilmumise? Kuidas õiguslik keskkond toetab tööandja valikuid? Kas ja kui palju peaks tööandja inimese tervislikust olukorrast teadma? Mis piirini peaks tööandja kohanduma töötajale ja kust algavad nn tööks sobimatud isikuomadused? Kas ja mis ulatuses on võimalik / peaks püüdma neid piire töötervishoiu normidega (täiendavalt) sätestada?
2. Kogemus praeguste nn vähenenud produktiivsusega töötajatele suunatud meetmetega: probleemid ja parendusvõimalused; maksud, palgatoetused, tervise taastamisega seotud kulude kompenseerimine; haiguslehe kasutamine – mis hetkest alates on õigustatud? Mida teha nt mõõduka depressiooniga kahanenud produktiivsusega (võtme)töötajaga, kes ei teadvusta oma probleemi psühholoogilist olemust?
3. Milliseid väliseid meetmeid (tööturuteenuseid, tööandjale soodsamat või piiravat õiguslikku keskkonda) vajaksid tööandjad, et (taas)integratsiooni tööellu efektiivse(ma)lt korraldada?
4. Kuidas hinnata vaimse tervise häirega töötaja töövõimet? Mis alustel võimaldada legaalset töökätketust? Mis hetkest peaks käsitlema püsivalt töövõimetuna? Kuidas peaks olema lahendatud tööandja finantsvastutuse küsimus nt haigushüvitise maksmisel? Kas tööandjad käitaks kuidagi teisiti, kui tööandja peaks maksma 5 päeva asemel oluliselt kauem hüvitist (nt 30 päeva või 90 päeva)? Kas tööandjad muudaksid oma palkamispraktikat, kui pikeneks oluliselt nt haigushüvitise maksmine nn tavatöötaja haigestumisel, kuid osalise töövõimega / piiratud tööhõivevõimega inimeste korral jääks kulu marginaalseks?
5. Kas tööandjad pakuks vaimset tervist toetavaid meetmeid, kui need oleks vabastatud erisoodustusemaksust? Kas ja kuidas tõmmata piire rekreatsiooni, töövõime taastamise ja otse tervise toetamise kulu vahel?
6. Missugused meetmed võiks aidata parandada töökohtades psühhosotsiaalset töökeskkonda? Kuidas saaksid tööandjad maandada psühhosotsiaalseid ohutegureid? Mida ja mis tingimustel oleksid tööandjad valmis tegema, et ennetada vaimse tervise häirete tekkimist ja süvenemist ja parandada psühhosotsiaalset heaolu töökohtadel? Mida peaks tegema tööõigusega, selle rakendamise/ kehtestamise või ka muude meetmetega, et ennetada terviseprobleeme ja toetada tööle jäämist ja tööle naasmist?
7. Võrdne kohtlemine. Kui täiendkoolitustoetust saab töötav puudega inimene, siis maksusoodustust saab töövõimetu; TTTS teenuseid nii puudega kui töövõimetu-pensionärid. Kas ja mida peaks puute ja töövõimetuse valdkonnas korraldama? Kes on võrdsed tavatöötajaga ja keda tuleb kohelda võrdselt, ja kes on ebavõrdsed, keda võib kohelda ebavõrdselt?

INTERVJUUD VAIMSE TERVISE VALDKONNA PRAKTIKUTEGA

Kahe eraldiseisva intervjuu raames intervjueriti psühhiaatrit, psühholoogi ja tööpsühholoogi. Intervjuu fookuses oli kogu vaimse tervise häirete spekter, ekspertide vahetu kogemus erinevate psüühika- ja käitumishäiretega inimeste tööle naasmise ja/või tööl hoidmise toetamisel – edulood ja ebaõnnestumised. Intervjuu aluseks olid järgmised uurimisküsimused, nende rõhuasetus oli intervjuudes erinev:

1. Tervishoiuteenuste osutamine ja tööelu – kuidas korraldada tööelu ravi toimumise ajal? Kas ja mida peaks muutma tervishoiuteenuste osutamisel, et soodustada vaimse tervise probleemiga inimeste tööelu (kiirendada tööle naasmist, soodustada hõives püsimist)?
2. Kas ja mida peaks tööelus kohandama ravi toimumise ajal? Mis hetkest alates peaks töötajal olema halvenenud tervises seisundi tõttu õigus ajutisele töövabastusele? Mis tingimustel võiks jätkata töötamist? Kui palju peaks tööandja teadma? Mis hetkest on kohane tuvastada püsiv töövõime vähenemine seotuna sagedaste psüühika- ja käitumishäiretega? Kas ja kuidas tuleks õiguslikult eristada töövõimet ja tööhõivevõimet? Nt kuidas käsitleda administratiivselt tööellu hästi integreeritud vaimse alaarenguga inimest? Ravile hästi allunud bipolaarse häirega või skisofreeniaga inimest?
3. Kas ja kuidas peaks kerge-mõõduka raskusastmega vaimse tervise probleemiga inimest ja tema töösuhte säilimist kaitsma? Kas kaitse peaks kuidagi erinevama raske psüühika- ja käitumishäirega inimese töösuhte kaitsmisest? Mis piirini peaks tööandja kohanduma töötajale ja kust algavad nn tööks sobimatud isikuomadused? Kas ja mis ulatuses on võimalik/ peaks püüdma neid piire töötervishoiu normidega (täiendavalt) sätestada?
4. Milliseid organisatsioonitasandi sekkumisi võiksid tööandjad (enam) kasutada vaimse tervise probleemide ilmnemisel? Milliseid tuleks vältida? Kuidas positiivset praktikat soodustada?
5. Mis tingimustel on praktikas käsitletud psüühika- ja käitumishäireid tööst põhjustatud haigestumistena? (nt posttraumaatiline stressihäire, stressisündroomid?) Kas ja kuidas peaks seda praktikat muutma?
6. Kogemus praeguste tervisekaoga töötajatele suunatud meetmetega (tervise hoidmise ja taastamisega seotud kulude kompenseerimine, haiguslehe kasutamine). Kas ja mis ulatuses muuta korraldust? Meetmete finantseerimist?
7. Kuidas hinnata vaimse tervise häirega töötaja töövõimet? Mis alustel võimaldada legaalset töökatkestust? Mis hetkest peaks käsitlema püsivalt töövõimetuna? Kas ja mis ulatuses peaks vaimse tervise tõttu osalise töövõimega inimest käsitlema teistmoodi nn tavatöötajaid? Raske psüühika- ja käitumishäirega (skisofreenia, vaimne alaareng) inimestest? Meele- või liikumispuudega inimesest?
8. Kuidas saaksid tööandjad maandada psühhosotsiaalseid ohutegureid? Kuidas saaks toimuda vaimse tervise häirete ennetamine, psühhosotsiaalse heaolu tagamine töökohal? Mida peaks tegema tööõigusega, selle rakendamise/ kehtestamise, teiste meetmetega terviseprobleemide ennetamiseks, tööle jäämise ja tööle naasmise toetamiseks?
9. Missugused meetmed võiks aidata parandada töökohtades psühhosotsiaalset töökeskkonda? Kuidas saaksid tööandjad maandada psühhosotsiaalseid ohutegureid? Mida peaksid tööandjad tegema, et ennetada vaimse tervise häirete tekkimist ja süvenemist? Kuidas saaks neid selleks enam motiveerida? Mida peaks tegema tööõigusega, selle rakendamise/ kehtestamise, teiste meetmetega, et ennetada terviseprobleeme ja toetada tööle jäämist ja tööle naasmist? Kas ja

kuidas tõmmata piire rekreatsiooni ehk/ või töövõime taastamise ja otsese tervise toetamise kulu vahel?

TÖÖTURUTEENUSTE TEEMALINE FOKUSGRUPP VALDKONNA SPETSIALISTIDEGA

Osalejad: kolm töötukassa juhtumikorraldajat, neli psüühika- ja käitumishäiretega inimestele rehabilitatsiooniteenuseid pakkuva asutuse esindajat. Intervjuu fookuses oli osalejate kogemus psüühika- ja käitumishäiretega inimeste tööellu integreerimisel; edulood ja ebaõnnestumised. Osalejate vahetu kogemus raskete psüühika- ja käitumishäiretega inimeste toetamisel avatud tööturul töötamisel. Intervjuu aluseks olid järgmised uurimisküsimused:

1. Kas ja mis määral arvestavad osutatavad tööturuteenused ja üldised rehabilitatsiooniteenused vaimse tervise aspekti? Kas ja kuidas saaks paremini kohanduda teenuste pakkumisel ja osutamisel vaimse tervise probleemi tõttu kahanenud töövõimega inimesele? Aga piiratud tööhõivevõimega 100% töövõimega inimestele (nt vaimse alaarenguga või isiksusehäirega inimesed)? Kuidas saab juhtumikorraldaja otsustada, milline on sobiv töö? Mis alustel otsustada, kas inimene on suuteline toime tulema avatud tööturul, vajab ta toetatud tööd või hoopis kaitstud tööd?
2. Kuidas tuleks hinnata vaimse tervise häirega töötu töövõimet? Kuidas see saab mõjutada tööturuteenuste osutamist? Kas ja kuidas saaks/peaks see raskusastmeti varieeruma? Kuidas hindamisprobleemi õiguslikult lahendada?
3. Mida töötukassast abi otsivad vaimse tervise häirega inimesed on lisaks tööturuteenustele vajanud (tervishoiuteenused, sotsiaalteenused)?
4. Milline on tööturuteenuste üldine kättesaadavus ja kvaliteet? Kui standardiseeritud nad on? Kui palju kohandatakse praktikas puude liikidele? Kuidas saaks neid teenuseid kohandada paremini vaimse tervise häirega inimestele? (Nt ei taha ärevushäirega inimene võib-olla tööandja tööruumides tööpraktikat teha, aga kaugtööna tööpraktika teenust TK ei osuta; ärevushäirega inimesed ei vaja niivõrd tööruumide ja -vahendite kohandamist, samas TK selles osas vist teenust ei osuta). Mil määral eeldab kohandamine õigusaktide muutmist ja mis määral protseduurijuhendite muutmist.
5. Miks palkavad teatud ettevõtted teadlikult vaimupuudega töötajaid? Miks paljud teised ettevõtted seda ei tee? Mis roll on siin sotsiaalmaksu ülevõtmisel riigi poolt? Kas tööandjad käitüksid kuidagi teisiti, kui seda soodustust ei oleks?
6. Kas piisab praegu olemasolevaist meetmetest (st sotsimaksu maksmise ülevõtmine ja ajutine palgatoetus) ja kuidas peaks riik töösuhet vaimupuudega inimesega täiendavalt toetama?
7. Kus jookseb tööandjate piir aktsepteeritava vaimupuude ja ilmselt sobimatu vaimupuude vahel? Kas lisaks seisundi stabiilsusele ja sügavusele määrab veel midagi? Mida ja kui palju on tööandjal täpselt vaja teada, enne kui töösuhe saab alata? Kust lõpeb isiku õigus mitte jagada oma terviseandmeid? Kas ja kui palju kerge vaimse alaarenguga inimene adub oma õiguseid ja tabab ära, kui neid rikutakse? Kas riiklikul tasandil peaks keegi regulaarselt kontrollima, et seda piiri ei ületataks?
8. Milliseid väliseid meetmeid (tööturuteenuseid, tööandjale soodsamat või piiravat õiguslikku keskkonda) vajaksid tööandjad, et vaimupuudega inimese integratsiooni tööellu efektiivse(ma)lt korraldada?
9. Kuidas peaks olema lahendatud tööandja finantsvastutuse küsimus nt haigushüvitise maksmisel? Kas tööandjad käitüks kuidagi teisiti, kui nt osalise töövõimega / piiratud

tööhõivevõimega inimeste haigestumise korral kannaks kogu riski riik, kuid tavatöötajate eest peaks tööandja maksma 5 päeva asemel oluliselt kauem hüvitist (nt 30 päeva või 90 päeva)?

10. Kas tööandjad pakuks vaimset tervist toetavaid meetmeid, kui need oleks vabastatud erisoodustusmaksust? Kas ja kuidas tõmmata piire rekreatsiooni ehk/ või töövõime taastamise ja otsese tervise toetamise kulu vahel? Kas ja missugused erisused peaksid olema osalise töövõimega / piiratud tööhõivevõimega inimeste korral?
11. Mis tingimuste osas peaks osalise töövõimega / piiratud tööhõivevõimega inimesi käsitlema võrdsetl tervisekaota töötajatega ning mis tingimustel on põhjendatud nende ebavõrdsetena käsitlemine? Kas diagnoositud psüühika- ja käitumishäirega / vaimupuudega inimesel peaks olema õigus soodsamale psühhosotsiaalsele töökeskkonnale? Kas kergema-mööduka raskusastmega psüühika- ja käitumishäired peaksid olema kuidagi teisiti käsitletud?
12. Kas ja kuidas peaks korrastama puude-töövõimetuse valdkonda? Kui täiendkoolitus-toetust saab töötav puudega inimene, siis maksusoodustust saab töövõimetu; TTTS teenuseid nii puudega kui töövõimetus-pensionärid. Mis alustel peaks seda tegema?
13. Mis piirini peaks tööandja kohanduma psüühika- ja käitumishäirega töötajale ja kust algavad nn tööks sobimatud isikuomadused? Kas ja mis ulatuses on võimalik / peaks neid piire töötavishoiu normidega (täiendavalt) püüdma sätestada?
14. Milliseid organisatsioonitasandi sekkumisi võiksid tööandjad (enam) kasutada vaimse tervise probleemide ilmnemisel? Kas ja kuidas on vaimupuudega inimeste laialdasem rakendamine avatud tööturul aidanud võidelda vaimse tervise häirega seotud stigmaga? Milliseid peaksid olema järgmised sammud, et soodustada vaimse tervise häiretega seotud stigma kahandamist?
15. Milline on tööturuteenuste üldine kättesaadavus ja kvaliteet? Kui standardiseeritud nad on? Kui palju kohandatakse praktikas puudeliigiti? Kuidas saaks neid teenuseid kohandada paremini vaimse tervise häirega inimestele?

INTERVJUU TÖÖINSPEKTSIOONI ESINDAJAGA

Tööinspektsiooni esindajaga toimus üks intervjuu, mille fookuses olid töösuhete vaidlused seotuna psüühika- ja käitumishäiretega ja psühhosotsiaalsetest teguritest põhjustatud tööst põhjustatud haigustega.

1. Milline on TI kokkupuude psüühika ja käitumishäiretega inimeste ja nende tööandjate töösuhetega? Milline on kokkupuude vaimse tervise häire ning töökeskkonna ja töötingimuste seostega? Nt, kuivõrd Tilt tööandja konsultatsiooni soovinud saada töökeskkonna ja töötingimuste kohandamiseks jne?
2. Vaimse tervise häire ja tööga seotud terviseprobleemid. Kuivõrd on vaimse tervise häire käsitletav tööga seotud haigusena? Kuivõrd, näiteks, läbipõlemine või muu tööst tingitud vaimse tervise probleemi tekkimine on käsitletav tööõnnetusena, millele TTOSi norm rakendub? Kuivõrd on teada, et tulenevalt definitsiooni ja tuvastamise probleemist tulenevalt pole töötaja või tööandja abi saanud, näiteks maksuõigus (TuMS), kahjuhüvitised (VÕS), sotsiaalkindlustus (TKindIS) jne?
3. Töösuhete lõpetamine psüühika ja käitumishäire tõttu. Töösuhete lõpetamine terviseseisundi tõttu (TLS § 88 lg 1 p 1) vs või käsitledes häirest tulenevat negatiivset mõju töötulemustele isikust tulenevate probleemina ehk sobimatusena töökohale või suutmatusest kohaneda (TLS § 88 lg 1 p 2). Sarnaselt on võimalik, et töötaja ise ütleb töölepingu erakorraliselt üles oma halvenenud tervisliku seisundi tõttu (TLS § 91 lg 3 alusel). Sellisel juhul võivad töötajad langeda

läbi sotsiaalkindlustussüsteemi turvavõrgu ning kahjustuda nende tööle naasmine ja aktiivsus tööturul. Mis tingimustel on praktikas käsitletud psüühika- ja käitumishäireid kutsehaigestumise või tööõnnetusena? (nt posttraumaatiline stressihäire, stressisündroomid?) Kas ja kuidas peaks seda praktikat muutma?

4. Töötingimuste ja töökeskonna kohandamise kohustus. Tööandja peab kohandama töötaja töö, töövahendid ja töökoha vaimupuudega inimesele kasutatavaks (TTOS § 101) . Samuti, enne töösuhte lõpetamist peab tööandja kohandama töökoha ja muutma töötaja töötingimusi, pakkuma töötajale teist tööd kui sellega ei kaasne ebaproportsionaalselt suuri kulusid ning teise töö pakkumist võib asjaolusid arvestades mõistlikult eeldada (TLS § 88). Millised on psüühika ja käitumishäirega inimeste töösuhte puhul selle normi rakendamise väljakutsed?
5. Vaimse tervise häirete ennetamine. Psühhosotsiaalsete ohutegurite käsitlus, riskianalüüsi ja tegevuskava koostamise käsitlus ning töötervishoiuarsti tervisekontrolli käsitlus, ning rakendamine. Mis on siin poliitika ja poliitika rakendamise probleemid? Mida peaks riik veel täiendavalt tegema? Missugused meetmed võiks aidata parandada töökohtades psühhosotsiaalset töökeskkonda? Kuidas saaksid tööandjad maandada psühhosotsiaalseid ohutegureid? Milline lähenemine oleks järelvalvel mõjusam-tõhusam? Millist teavitust, konsultatsiooni oleks veel vaja pakkuda

Intervjueeritavad

Tööandjate eelselekteerimiseks kasutas uurimismeeskond nii olemasolevaid võrgustikke kui ka rakendati avalike kontaktandmete toel otsesuhtlust ettevõtetega. Näiteks võeti värbamiseks ühendust enam kui kahekümne ettevõtte personalijuhtide või juhtidega ning mitmeteistkümne rehabilitatsiooni-teenust pakkuva asutuse esindajaga. Selleks, et valida informeeritud respondente, kes on valmis sisukalt arutlema, kaasa mõtlema ja oma kogemusi jagama, tutvustati värbamisel tööandjatele neile telefonitsi või meilitsi intervjuude teemasid ning selgitati soovi, et intervjuul osalejail oleks kogemus vastavate teemadega. Tööandjate valikul püüti tagada, et esindatud oleksid nii suured tööandjad, kuid ka keskmised ettevõtted ning tegevusalad erineksid. Erinevate tegevusaladega ettevõttele on tõenäolisemalt personalitöö ja töökorraldus erinevad ning erivajadustega inimeste hõivamisega võivad neil kaasneda erinevad töökorralduslikud probleemid. Intervjuudesse kaasati ettevõtted, mille esindajad on nõus kirjeldatud teemadel rääkima ning kinnitasid, et neil on teemaga kogemus.

Intervjueerimine

Fookusrühma intervjuusid iseloomustab kontsentreeritus käsitletava teema mõttes, keskendumine ühele konkreetsele uurija poolt püstitatud teemade ringile (Morgan 1996).⁷⁶ Seetõttu on fookusrühma õnnestumiseks äärmiselt oluline fookusrühma läbiviija (moderaatori) roll, kes peab olema kursis intervjueerimise ja fookusrühma läbiviimise tehnikatega, et tagada grupi diskussiooni toimimine ning hoida vestlust uuringu jaoks oluliste teemade ümber. Kuigi ühelt poolt on fookusgrupi vestlus asetatud kindlatesse raamidesse, annab ta samas vabaduse osalejatele arvamuste ja kontseptsioonide vabaks sõnastamiseks lähtuvalt grupiliikmete endi prioriteetidest.

Nii fookusrühmade kui ka teiste intervjuu vormide puhul olid antud töös olulised intervjueerija/moderaatori eelnevad teadmised uuritavatest teemadest, et ta oleks võimeline paindlikult reageerima vestluse käigus esile kerkivatele alateemadele ning vajadusel esitama täpsustavaid küsimusi kui esile kerkinud teemad on uuringu seisukohalt olulised. Seetõttu olid intervjuude läbiviijad käesoleva uuringu meeskonna liikmed, kellel on varasem kogemus fookusrühma intervjuude modereerimises ja

⁷⁶ Morgan, D.L. (1996) Focus Groups. Annual Review of Sociology, 22: 129-152

ekspertintervjuude läbiviimises ning kes osalesid uuringuprojektis ka sisulises analüüsis ja on seetõttu teemaga põhjalikult kursis.

Kuivõrd intervjuude eesmärk ja käsitletavat teemat olid üsna selgelt defineeritud nii töö tellija uurimisküsimustega kui ka esmase analüüsi tulemustega, viidi kõik intervjuud läbi poolstruktureeritud viisil. Intervjueerijad lähtusid intervjuukavas paika pandud teemadest ning nende roll oli hoida käsitlusdiskussioon aruteluteema juures. Samas anti intervjueeritud ekspertidele ja fookusgruppides osalenutele piisavalt vabadust vastavate teemade juures oma mõtteid väljendada, et koguda infot selle kohta, mis oli osalejate jaoks antud teemaga seoses olulist, samuti jäeti intervjueeritavatele ruumi täiendavateks teemapüstitusteks puhuks, kui uurijad ei osanud kõiki teemasse puutuvaid olulisi aspekte kajastada.

LISA 2. Statistika

TABEL 14. PSÜÜHIKA- JA KÄITUMISHÄIREGA INIMESED HAIGEKASSA RAVIKINDLUSTUSE ANDMEKOGUS VANUSE, SOO JA TUVASTATUD TÖÖVÕIMEKAO MÄÄRA JÄRGI, 2013

	16-19		20-29		30-39		40-49		50-59		60-62		Kokku 16-62		
	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M+N
Kõik häired	1732	1889	7397	8031	7603	9970	7708	12 043	8511	15 786	2214	4404	35 165	52 123	87 288
Depressioon	287	480	1590	2572	1792	3640	2021	5003	2154	6759	559	1785	8403	20 239	28 642
Muud meeleoluhäired	26	59	170	234	178	277	166	362	197	500	54	160	791	1592	2383
Ärevushäired	227	405	1660	2250	1532	2838	1305	3151	1225	3761	315	1050	6264	13 455	19 719
Muud neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed häired	528	723	1808	2598	1447	3013	1238	3231	1293	4028	296	993	6610	14 586	21 196
Isiksus- ja käitumishäired ning -sündroomid	379	337	1244	888	1278	995	1714	1469	2165	2439	608	718	7388	6846	14 234
Psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired	215	77	1324	396	1765	463	1916	557	2027	697	439	174	7686	2364	10 050
Skisofreenia	24	20	359	149	625	388	582	603	621	852	132	262	2343	2274	4617
Muud skisotüüpsed ja luululised häired	46	33	380	241	311	310	281	418	258	538	65	154	1341	1694	3035
Dissotsiativsed häired	3	14	19	38	17	63	15	75	25	118	6	21	85	329	414
Muud mälu ja tunnetusprotsesside häired	13	5	43	29	65	50	134	111	274	255	89	113	618	563	1181
Kerge vaimne alaareng	170	99	434	340	435	349	302	233	205	200	35	33	1581	1254	2835
Mõõdukas vaimne alaareng	91	49	216	154	171	122	145	113	98	71	31	17	752	526	1278
Raske vaimne alaareng	22	15	86	67	69	61	60	43	38	40	5	10	280	236	516
Sügav vaimne alaareng	17	10	41	32	29	23	21	18	13	14	2	4	123	101	224
Muu täpsustatud või täpsustamata vaimne alaareng	15	8	17	10	13	8	6	11	3	10	4		58	47	105
Psüühilise arengu spetsiifilised häired ja muud psühholoogilise arengu häired	133	37	72	35	10	3	3	1	3	4		1	221	81	302
Pervasiivsed arenguhäired	142	52	125	54	28	8	7	4	1				303	118	421
Dementsus	1	1	15	5	64	26	144	44	256	139	118	74	598	289	887
Muud psüühikahäired	12	2	54	41	56	59	78	100	119	215	34	52	353	469	822

LISA 3. Respondendiintervjuude kokkuvõte

Käesolevas lisas on esitatud kokkuvõtlikult 40 respondendiga läbi viidud intervjuudes käsitlemist leidnud teemad. Info esitamisel on jälgitud intervjuude kodeerimispuud, kesksed teemad on esitatud põhipealkirjaga, alateemade eristamiseks on kasutatud rasvast teksti. Kasutatud on vaid nende vastanute tsitaate, kes on andnud selleks *opt-in* põhimõttel loa (vt ka lisast 1 detailsemat metoodikat).

Vaimse tervise häire tekkimine

Haiguse teket on käsitletud 18-s vestluses, seda seostatakse raskustega isiklikus elus (6), tööstressiga (9) või on see kaasnenud füüsilise tervise halvenemisega (4). Viiel vastajal on vaimse tervise häire tekkinud lapse- või noorukieas.

Lapse-või noorukieas haigestunute hulgas on üks sünnitraumaga isik. Ühe vastaja puhul on seisund seotud imikuea haigusega (1) ning kolmel juhul ei ole taustandmeid intervjuu käigus täpsemalt välja toodud.

Neljal vastajal on **vaimse tervise häire kaasnenud füüsilise tervise halvenemisega**. Üks vastaja seostab vaimse tervise häire teket vähiravimite (keemia- ja hormoonravi) tarvitamisega, üks kuulmislangusega ning üks vastaja aastatetaguse insuldiga.

Raskusi isiklikus elus käsitletakse vaimse tervise häire tekke kontekstis kuues vestluses. Kahe vastaja käsitluses olid häire vallandajaks õppimisega seotud pinged, ühe vastaja jaoks oli haiguse teke seotud raskustega töö- ja pereelu ühildamisel

„...ja lapsed olid väikesed ja tihti haiged ja tööl pidid olema ja kõik see kokku“ N.

Perepingete või suhetega seotud raskused on olnud vaimse tervise häire vallandajaks kahe vastaja arvates. Üks seostab haigestumist oma erialaga.

Tööstressiga on vaimse tervise häire teke seotud üheksa vastaja arvates. Viis vastajat toob välja tööpinged, sealhulgas kiire töötempo. Kaks vastajat on oma sõnul haigestunud insulti tööstressi tõttu. Ühe vastaja jaoks oli haigestumine seotud töö kaotamisega ning ühe vastaja jaoks sellega, et tööga seoses oli vaja palju sõita.

„Ja ma olin sunnitud sõitma edasi-tagasi, see oli nii kole, et sealt kõik mu hädad algasid, kõik see depressioon, ma olin nii väsinud, nõrk, ...“ N

Vaimse tervise häire mõju isiklikule elule

Vaimse tervise häire mõju isiklikule elule kirjeldatakse 18-s vestluses. Mõju on seotud nii diagnoosiga kohanemisega (1), negatiivsete mõtetega (4) kui ka sellega, et väljas käimine on raske (5) või kodused asjad võtavad kauem aega (3).

Negatiivsed mõtted, mida kirjeldab neli vastajat, on seotud haigushoogude sagedusega, pensionäristaatusega leppimisega („no mõnikord on küll võib-olla natuke piinlik, et ma pensionär olen eks“), teiste inimeste reaktsioonidega, hirmuga tuleviku pärast ja sotsiaalse äralõigatusega

„Nagu sotsiaalne äralõigatus. Et tegelikult on tohutult vaja seda suhtlemist ja nagu et ka infot et. No ei tea kust küsida, kellelt.“ N

Kolme vastaja jaoks seisneb haiguse mõju selles, et **kodused asjad võtavad kauem aega**. Kaks vastajat ütleb, et teeb koduste tööde vahel puhkepause, üks aga toob välja mäluga seotud probleemid:

„Pean kontrollima, näiteks pliita peal teen süüa, siis ma pean kindlasti minema kontrollima, kas ma pliita kinni panin, sest mõtted vahepeal kaovad kuskile ära, siis pean pingsalt köögis selle aja täis istuma, kui potis midagi podiseb. Siis on mul ka selline kell, mis tuletab meelde.“

N

Viis vastajat ütleb, et **väljas käimine on** haiguse tõttu **raske**. Kahe vastaja jaoks on raske viibida rahvarohketes kohtades, ühe vastaja puhul mõjutavad väljas liikumist ka tasakaaluhäired. Üks vastaja kirjeldab, et väsib ruttu, üks aga toob välja, et eelistab rahulikku keskkonda:

„Ma ei taha seda stressi. Ma tahan ma olen nagu praktiliselt kõigest nagu võõrdunud. Ma ei taha kuskil käia, ei lõbutseda, ei kontsertidel.“ N

Häirete mõju käsitlemisel nimetati ka aastaegade mõju, tuues välja, et kevad-suvi oli „täiesti normaalne“ kuid sügiseti on „augud päris tihedasti“.

Füüsilise tervise haigusega toimetulek

Vaimse tervise häire kõrval või asemel käsitleb haigusega toimetulekut 18 vastajat. Häiretena on nimetatud nii luu- ja lihaskonna haigused, kuulmispuue, vähktõbi, insult. Oluliste meetmetena füüsilise tervise probleemiga toimetulekul tuuakse välja ravimid (9), taastusravi (9), operatsioonid (4), võimlemine (4) ning massaaž (2).

Neli vastajat kirjeldab oma tervisest rääkides **operatsioone**. Pidevat **ravimite** võtmist kirjeldab kaheksa vastajat. Viie vastaja sõnul on seisund ravimitega kontrolli all. **Taastusravil** käimine tuuakse välja üheksas vestluses. Viis vastajat toovad välja, et taastusravist on abi olnud ning kahe vastaja arvates võiks see kättesaadavam olla (ei ole suutelised maksma soovitud hulga teenuste eest).

Neli vastajat tegeleb **võimlemisega** ning välja tuuakse ka soov säilitada aktiivne elustiil.

„... ma teen regulaarselt joogat ja ma teen palliharjutusi. Kuna mul on koer, siis ma teen kepikõndi /---/ Ja suvel ikka tahan meres hästi palju ujumas käia.“ N

Kaks vastajat on abi saanud **massaažist**. Väline tugi teatud **kogukonda** kuulumise näol tuuakse välja ühe vastaja vestluses. Teine vastaja ütleb, et kohaliku invaühinguga seotud tegevused andsid võimaluse puhata ja osaleda nauditavates tegevustes.

Toimetulek vaimse tervise häirega – toetavad meetmed

Vaimse tervise häirega toimetulekut käsitles 27 respondenti. Vastanute sõnul soodustavad toimetulekut näiteks tabletravi (toodud välja 19 vestluses), lähedaste toetus (11), psühholoogi või psühhiaatri külastamine (16), töötamine (7), erinevad teraapiad (5). Nimetati ka vaimse tervise häiretega inimestele mõeldud kogukonnaga seotud tegevusi (2), puhkamist (1), religiooni (1).

Lähedaste toetust nimetas 11 vastanut. Lähedastena nimetati intervjuudes eelkõige abikaasat-elukaaslast ja lapsi aga ka teisi lähedasi sugulasi.

„Õnneks lähedased on hästi toetavad ja saavad aru. Kui lähedasi ei oleks, ma ei kujutaks ette, kuidas ma oleks hakkama saanud.“ N

Psühhiaatri või psühholoogi külastamist kui haigusega toimetuleku viisi käsitles 16 respondenti. Psühhiaatri või psühholoogi juures käiakse „muresid selgeks rääkimas“ ning ka ravimitega seoses. Kontakt psühhiaatri või psühholoogiga on mõnel juhul kindlate ajavahemike tagant (näiteks ühe vastaja sõnutsi käib ta retsepti pikendamiseks iga kahe kuu tagant psühhiaatri vastuvõtul) või vastavalt vajadusele (mainitud kahes vestluses). Kahe vastaja sõnutsi saavad nad vastuvõtul konkreetsed juhised

keerulises olukorras toimetulemiseks. Ravimite saamiseks on üks vastaja pöördunud ka perearsti poole. Neli vastajat tõi välja, et psühholoogi või psühhiaatri külastamine ei ole tulemusi andnud.

Üks vastaja tõi haigusega toimetulekul välja **religiooni** toetava rolli võrreldes kiriku programmi grupiteraapiaga.

Tablettravi (eelkõige antidepressantide, rahustite, kuid ka valuvaigistite) kasutamist nimetas 19 vastanut. Neljas vestluses toodi välja, et ravi on olnud pikaajaline. Tablettide võtmise põhjustena käsitlesid respondendid „hirmu vähendamist“, valuga toimetulekut, meeleolu stabiliseerimist, unekvaliteedi parandamist. Ravimite kasutamise režiim oli vastajate käsitlustes erinev. Üks vastaja võtab ravimeid „vastavalt vajadusele“, regulaarset tablettravi mainib samuti üks vastaja; kolmes vestluses andsid intervjuueeritavad mõista, et on ise oma „ravi reguleerinud“, st arstiga konsulteerimata ravi katkestanud. Teisalt toob üks vastanu välja, et kuigi ta on eelnevalt olnud tablettravi suhtes negatiivselt meelestatud, on ta oma arvamust muutnud („ravimi kõrvaltoimed ei sega töötamist“). Kolm intervjuueeritavat kirjeldab, et vastavalt enesetundele saab koostöös arstiga ravimiannust muuta. Viies vestluses tuuakse välja, et ravimid (antidepressandid, antipsühhootilised ravimid) ei ole tulemusi andnud, seejuures ütles üks respondent, et jätkab sellegipoolest ravimite võtmist:

„Ma ikkagi jätkan nende võtmist. Pole otsest põhjust miks neid lõpetada.“ M

Lisaks tablettravile on vastanud saanud tuge erinevatest **terapeutest**. Kokku viies intervjuus on mainitud näiteks rehabilitatsiooniteenuseid, grupiteraapiat, pereteraapiat, psühhoterapiat, kunstiteraapiat. Üks vastanu kirjeldab, et proovis ka nõelravi, kuid see ei andnud tulemusi.

Seitse vastajat toob haigusega toimetulekust rääkides välja **töötamise** mõju. Töötamises nähakse võimalust oma mõtetega toime tulla, moodust haigussümptomitega toime tulla, kodust väljas käia.

„See nelja seina vahel olemine on loomulikult juba iseenesest väsitav.“ N

Kolm respondenti tõstsid esile tööga seotud positiivseid emotsioone, tööst saadavat rõõmutunnet.

Tervise mõju oskuste omandamisele

Seitsmes vestluses on käsitletud **vaimse tervise häire mõju haridusteele**. Kahe vastaja arvates ei ole vaimse tervise häire nende haridusteed mõjutanud.

„Jah, aga õpetajad olid täiesti mõistvad ja siis /---/ mul nagu õnnestus ilma /---/ mingi suuremate probleemideta need asjad nagu järgi teha.“ M

Kahe vastaja arvates mõjutas haigus **eriala valikut**, üks vastaja kirjeldab, et pidi füüsilise haiguse tõttu töökohast loobuma ja otsustas **uuesti õppima** minna.

„/---/ hakkasin mõtlema, mis ma teen edasi. Kuna jõudu on, aga tervisega probleem oli. Siis /-- /-/ otsustasin, lähen uuesti ülikooli.“ M

Kolmel vastajal on kooliskäimine **vaimse tervise häire tõttu pooleli** jäänud. Kahel juhul katkesid ülikooliõpingud ning üks vastaja ei ole täpsustanud, millisel õppeastmel haridustee katkes.

Töötamist soodustavad tegurid

Töötamist soodustavate tegurite käsitluses tõsteti esile järgmisi märksõnu: tööandja vastutulelikkus (18 vastanut), osalise koormusega töötamise võimaldamist (15), kolleegide toetavat suhtumist (8), paindliku graafiku võimaldamist (8), kodus töötamise võimaldamist (7), rohkemate puhkepauside võimaldamist tööpäeva jooksul (6), töö huvipakkuvust (4), haigusest tingitud töökatkestusega arvestamist (3), töötaja tervise vastu huvi tundmist (3), transpordi pakkumist (2), üksi töötamist (2). Seoses füüsilise tervise

probleemiga nimetati ka abivahendite olemasolu töökohal (1), positiivses võtmes käsitleti välismaal töötamist (1).

Tööandja vastutulelikkuse käsitlus jäi vestlustes mõnevõrra üldiseks, seitse vastajat kasutaski väljendit „tööandja on vastu tulnud“. Detailsemas käsitlusis nimetati tööandja vastutulelikkuse väljendumisena näiteks võimetekohase töö võimaldamist (1) ja töökoha säilitamist töötaja äraoleku ajal (1):

„Pärast seda insulti /---/ et mulle võimaldati lihtsalt, firma võimaldas sellist tööd, mida ma suutsin teha“ N

Tööandja rollist rääkides nimetati soodustava tegurina tööandja teadlikkust töötaja seisundist. Üks vastanu tõi välja, et on ise tööandjale oma seisundist rääkinud:

„Mul on turvalisem olla nii, kui tööandja on teadlik“ N

Osalise koormusega töötamise võimaldamist kui töötamist soodustavat tegurit käsitlesid viisteist respondenti. Kolm vastajat töötasid vestluse toimumise ajal osalise koormusega. Nende seas, kes tõid eksplitsiitselt välja soovi osakoormusega töötada, töötab üks täiskoormusega s, neli ei tööta ning ühel juhul ei ole tööhõive staatus täpsustatud. Kolm vastajat tõi minevikust näite, kus tööandja on haiguse tõttu koormust vähendanud, kaks respondenti on lahkunud töölt, sest koormus oli suur ja seda vähendada ei saanud:

„No nad [tööandjad] võiksid rohkem... soosida või pakkuda või tegeleda selliste inimestega, kes ei saa täiskohaga töötada“. M

Paindliku graafiku võimaldamist mainiti kaheksas vestluses. Kolme vastaja sõnutsi saavad nad vastavalt vajadusele ja enesetundele graafikut muuta, veel kaks nimetasid „paindlikku graafikut“. Paindlikku tööaega positiivses võtmes kirjeldades toodi välja, et „saab ise tähtaegu määrata“ (1), „võib tööd teha sellisel ajal kui sobib“ (1). Üks vastaja, kes vestluse hetkel ei tööta, leiab, et teisiti kui paindliku graafikuga töötada ei saakski.

Ka **kodus töötamise** võimaldamine on vastajate jaoks oluline töötamist soodustav tegur; seitsmest respondendist nelja jaoks on see eelduseks töötamisele.

„No kodus võiks, kodus oleks tore teha küll aga samas enamik kohtades ei ole kodus töötamine ei ole veel nii kaugele arenenud, et kodus töötavad kõik.“ N

Kolleegide suhtumise teemal rääkides tuuakse välja teiste töötajate „arusaav hoiak“ (1), hea seltskond (1), hoolivus (1), usaldamine (1), meeleolu töökohas (1) („meeldib, et kõik on rõõmsad“).

„Nad mõistavad; ju siis on kellegi endal kogemusi olnud lähedastega; saavad aru, et tänapäeva elu on selline stressirohke /---/ Et kui ma mingis olukorras nii käitun, siis nad saavad aru, miks, et ei hakka kohe hukka mõistma.“ N

Rohkemate puhkepauside võimaldamine tööpäeva jooksul on samuti üks töötamist soodustavaid tegureid juures. Samas käsitleda seda eeldust seotuna füüsilise tervisega (nimetades valu või seisva tööga seotult jalgade väsimist). Kahe teemat käsitlenud vastaja sõnul neile töökohas võimaldatud võtta pause vastavalt vajadusele. Üks vastaja aga ei ole oma sõnul leidnud püsivat tööd just seetõttu, et töökohtades ei ole võimaldatud tal vastavalt vajadusele puhkepause võtta. Puhkepause võimaldava meetmena nimetati ka kodus töötamist (1), mis on võimaldanud välja kujundada oma tööritmi. Ühe vastaja sõnul on ka oluline, et talle võimaldataks puhkehetkel nõ omaette olla.

Neli vastajat toovad välja, et **töö võiks olla huvipakkuv**. Kahe vastaja jaoks tähendab see eelkõige seda, et töö peaks vastama haridustasemele. Kolmas aga kirjeldas, et kuigi ametivahetus tõi vaimselt keerukama töö, on see rohkem huvipakkuv.

„Ega ei teeks ka /---/ niukest asja, milleks ma olen üle kvalifitseeritud.“ N

Haigusest tingitud töökäetustega arvestamisest rääkis kolm vastajat. Üks intervjuueeritav kirjeldas, et tema töökoht säilitati ka mitmekuise eemaloleku järel. Teise vastaja sõnul võiks tööandja arvestada võimalusega, et töötaja satub nädalateks haiguslehele. Sama vastaja kirjeldab kogemust, et asutuses pigem ei suhtuta hästi, kui kolleeg haiguslehele jääb. Kolmanda vastaja sõnul on tema saavutanud töökohas kokkuleppe toimimiseks töötaja järsu haigestumise korral.

Töötajate tervise vastu huvi tundmise osas märgivad kolm vastajat, et tööandja pigem ei tunne huvi või teavad töötaja seisundit aga huvi ei väljenda.

„Noh minu meelest esimene samm oleks mingisugune selline, kuidas nagu, ütleme niimoodi, et üldse huvi tunda selle vastu, et minu meelest praegu on meil ikkagi selline, noh et igaüks peab ise hakkama saama.“ N

Töötamist soodustaks kahe vastaja sõnul ka **transpordi pakkumine**. Mõlemad leidsid, et tegemist peaks oleks autotranspordiga.

Üksi töötamine on töötamist soodustavaks teguriks kahe vastaja jaoks. Ühe käsitluses on üksi töötamine kui ise ettevõtjaks olemine, teine vastaja toob välja, et lihtsalt eelistab üksi töötada:

„Ma ei ole nagu kollektiivne nagu sihukene.“ M.

Välismaal töötamine on soodustavaks teguriks ühe vastaja puhul, kes „tunneb end seal paremini“.

Haigusest tulenevad töötamise takistused

Vahetult vaimse tervise häirest tulenevaid takistusi töötamisele käsitleti 18-s vestluses. Selliste takistustena nimetati järgmisi tegureid: kiire väsimine (9), hirm, et ei tule tööülesannetega toime (6), haigushood (6), suhtlemisraskused (6), ärevus tööülesannete täitmisel (2), initsiatiivi vähenemine (2), vastumeelsus tööülesannete täitmisel, sest ei tule enam tööülesannetega toime (2).

Tööülesannete täitmisel väsimise probleemsus jäi käsitlustes üldiseks. Kolm vastajat nägid tööl väsimise negatiivse mõjuna seda, et pärast tööd on neil raskusi koduste toimetuste tegemisel, seda ka järgmisel päeval pärast väsitavat tööpäeva

„Ma olin õhtuks nii väsinud, et ma kodus ei jõudnud enam mitte midagi teha.“ N

Üks vastaja on väsimise tõttu töökohta vahetanud, üks on sellega seotult „vormistanud töövõimetuse“, ühe vastaja sõnul ei saa ta väsimise tõttu üldse töötada. Kaks vastajat lühendaks väsimise tõttu tööaega, ühe vastaja kogemuse kohaselt aitaks paaritunnine uinak päeval veeta tööpäeva teine pool taas produktiivselt.

Hirm, et ei tule tööülesannetega toime on takistanud nelja respondendi tööleasumist, sealhulgas mainib kolm vastajat, et pakkumisi on tehtud või on idee oma äri alustamiseks. Üks vastaja on terviseprobleemide tõttu vastutusrikkast tööst loobunud ning üks vastaja toob välja, et tal puuduvad teadmised tööturule minekuks.

Kuus vastajat kirjeldavad detailsemalt, kuidas **haigushood** mõjutavad just töötamist. Näiteks ei suuda üks vastanu haiguse ägenedes „otsuseid langetada – mõte ei tööta, eneseväljendamine on puudulik“. Teise sõnul ei taha ta haigushoo ajal „midagi teha“:

„ ... lihtsalt mõte ei .. ei liigu, seal ei ole nigu isegi küsimus mingis motivatsiooni puuduses vaid ikkagi...sügaval“

Kaks vastajat arvavad, et võivad haiguse tõttu töö kaotada; üks ei näe oma haiguse tõttu üldse võimalust töötamiseks.

Suhtlemisraskused mõjutavad töötamist kuue vastaja arvates. Kaks mainivad väljendusraskuseid (sealhulgas ka, et sõnad ei tule meelde), ühel vastajal on suhtlemistakistused ärevuse korral. Üks vastaja kirjeldab, et ei suuda telefonis suhelda, üks toob välja, et ei talu müra ja ühele vastajale põhjustab raskusi teiste inimestega koos töötamine.

Ärevus tööülesannete täitmisel takistaks töötamist kahel intervjuueeritaval. Üks vastaja tajub ärevust eelkõige olukorras, kus tunneb et teda tagant sunnitakse. Teine toob välja, et ärevus tekib väga kergesti ning mõjutab „loogilistest ülesannetest arusaamist“.

Kaks vastajat kirjeldavad **initsiatiivi vähenemist** ning kaks **vastumeelsust töötamise suhtes, sest ei tulnud tööülesannetega toime** sealjuures on üks vastaja vastumeelsuse tõttu loobunud pakutavatele kohtadele kandideerimast.

„... psüühilised vastumeelsused ... tekivad lihtsalt asjade suhtes, millega ei saa hakkama enam korralikult.“ N

Töötamise takistusi käsitleti ka nn **füüsilise tervisega seotult**. Raskused tööülesannete täitmisel on nelja vastaja jaoks seotud ühe või mõlema käe funktsiooni langusega, kaks vastajat toob välja tasakaaluhäired, üks suurenenud kukkumiskriisi.

„... ei taha enam kuulata sõna need liigesed ja kondid; ei taha enam järgi tulla, mitte sellepärast et sa ei tahaks, vaid sa lihtsalt ei saa.“ N

Ühe vastaja jaoks raskendab tööülesannete täitmist nägemislangus, üks aga ei saa kanda raskuseid. Aeglustunud töötempo on olnud töötamist raskendav ühe vastaja jaoks, üks aga ei talu astma tõttu tolmu.

Kiire väsimine seoses füüsilise haigusega on töötamist raskendav nelja vastaja jaoks. Kahe vastaja puhul puudutab väsimine eelkõige tööülesandeid, mis eeldavad raskuste kandmist.

„Kõige hullem on see, et okei, töövõimetus, töövõimetus, aga samas see 60 protsenti on samamoodi nagu eluvõimetus. Sa ei saa eluasjadega hakkama. Ma ei suutnud poes käia ega süüa ega mitte midagi ei suutnud. Suutsin jälle käia – oli kõik korras.“ M

Neljas vestluses mainivad vastajad, et **ei saa pikalt istuda**. Üks vastaja ütleb, et peaks vahepeal liikuma, teise jaoks aga oleks vaja võimalust istumine vaheldada pikali olemisega. Kahe vastaja puhul tuuakse välja vajadus tööasendeid jälgida. Nelja vastaja jaoks on töötamine raskendatud selletõttu, et nad ei ole suutelised tegema **füüsilist tööd**.

Sobiva transpordi puudumine on töötamisel takistuseks kahe vastaja jaoks. Mõlema puhul ei sobi neile ühistranspordis liikumine. Ühe vastaja jaoks on põhjuseks selja- ja liigesevalud, mis tekivad bussis püsti seistes. Teine vastaja kirjeldab negatiivse kogemuse tõttu hirmu rongidega liiklemise ees (vt Kiil 4 lk 44).

Üks vastaja toob välja, et **sobiva invavarustuse puudumise** tõttu töökohas ei ole tema kandideerimised olnud edukad.

Muud inimesekeskseid töötamist takistavad tegurid

Haigusega mitteseotud takistusi käsitletakse kahekümnes intervjuus. Vajalike oskuste puudumine (10), hõivatus muude tegevustega peale töötamise (7), kahtlemine oma teadmistes (2), ei tea, kust ja kuidas tööd otsida (2) ning töökogemuse puudumine (1) on vastajate poolt välja toodud takistused.

Kümne vastaja jaoks on töötamine või töölesaamine raskendatud **vajalike oskuste puudumise** tõttu. Kõige enam mainitakse arvutioskust (5), samuti tuuakse välja keeleoskuse puudumine (eesti keel ühe vastaja puhul ning inglise keel kahes vestluses). Kaks vastajat toovad välja, et neil ei ole konkreetse ameti

jaoks vajalikke oskuseid, ühe vastaja jaoks on takistavaks, et tema hetkel olemasolevad oskused tööpakkumistega ei sobi.

„... seal selgub, et ikka meditsiin on nii palju arenenud selle aja jooksul, mina lõpetasin [üheksakümnendatel], et nii palju uusi protseduure ja värke, et see ei ole nii lihtne asuda praegu tööle õena,...“ N

7 vastajat toob välja, et on **hõivatud muude tegevustega** ning seetõttu ei saa töötada. Kolmel juhul on selleks majapidamisega seotud kohustused

„Ma ei kujuta ette, see võtab kõik nii kaua aega, et nagu talvel tööl käimine ei ole üldse mõeldav“ N).

Pereliikmete hooldamine, abistamine, lastekasvatamine või ka laste hoidmine on nelja vastaja jaoks tegevused, millega hõivatus töötamist raskendada võiks. Üks vastaja oli üliõpilane ning ei näinud võimalust tööd ja õppurirolli ühendada.

Kahtlemine oma teadmistes takistab tööle kandideerimist või töötamist kahe vastaja sõnul.

„Et muud asjad enam-vähem sobiksid, ainuke, mida ma kardan tehnikapool, et kas ma nii hästi neid arvuteid ja printereid ja selliseid skännereid ja selliseid asju tunnen,...“ N

Kaks mittetöötavat vastajat aga ütlesid, et **ei tea, kust ja kuidas tööd leida**.

Üks vastaja toob takistusena välja **töökogemuse puudumise**, samas on tal praktikakogemus teatud valdkonnas.

„... öeldakse mulle, et sul pole kogemust: – Kuulge, et mul on paberid olemas, mul on praktika tehtud! –“Sul pole kogemust!“

Välised töötamist takistavad tegurid

Nn väliste takistustena käsitlesid respondendid kolleegide negatiivset suhtumist (6), tööandjate negatiivset suhtumist (6), (sobivate) töökohtade vähesus kodukohas (5), segane info tööandjatelt (4), ning vanuse tõttu tööle mitte võtmine (1). Teemat on käsitletud 13 intervjuus.

Kolleegide negatiivne suhtumine väljendub kolme vastaja jaoks selles, et kaaslased ei mõista seisundit või selle tõsidust. Ühel vastajal on kogemus töökaaslastega, kes kiusasid.

Viie vastaja jaoks on (sobivate) **töökohtade vähesus elukohas** takistuseks töötamisel ning seda nähakse samuti töötamist takistava tegurina. Kolme vastaja kogemus on seotud eluga maakohas, kolme vastaja jaoks on probleemiks transpordiühendus või kaugus võimalikust töökohast (sh on probleemiks bussipeatusesse saamine; pikka aega kestev sõit töökohta ja tagasi). Kahe vastaja arvates on takistuseks saanud see, et **osaajaga ei võeta tööle**.

Tööandjatelt saadava info ebaselgus on nelja vastaja jaoks raskendanud töölesaamist või töötamist. Kahe vastaja jaoks on tööle kandideerimist mõjutanud puudulik info töötingimuste osas. Kaks vastajat toovad välja, et kuigi kandideerivad ja saavad CV-sid, ei anta hiljem tööandjate poolt tagasisidet.

Tööandja negatiivne suhtumine on töötamist takistava tegurina käsitletud kuues vestluses. Nelja vastaja sõnul ei ole neid puude tõttu tööle võetud (sealhulgas erialasele tööle).

„Nii kui küsiti, et invaliidsus, ei, meil on vaja normaalseid inimesi.“ N

Ühe vastaja puhul ei tulnud tööandja vastu töötaja soovile koormust vähendada ning ühe vastajaga on haiguslehele jäämise järgselt töösuhte lõpetatud. Töölt lahkumise põhjuseks vastajate hulgas on olnud

koondamine (2), omal soovil lahkumine (2) või vallandamine (1). Koondamise puhul mainivad mõlemad vastajad, et nende osaline töövõimetus võis ajendada just konkreetse isiku koondamist.

Üks vastaja toob välja kogemuse, kus tema hinnangul tööandja ei suhtunud töötajasse hästi aeglustunud töötempo tõttu. See, et tööandja teaks, kuidas töötingimusi kohandada on kolme vastaja jaoks töötamist soodustav tegur. Üks vastaja aga on kandideerimisel saanud oma **vanusega** seoses negatiivset tagasisidet.

Nn oletusliku takistustena käsitlesid respondendi ka seda, et vastajate arvates ei ole tööandjad nõus võtma tööle vaimse tervise häirega inimest. Üheksa vastajat arvab, et **tööandja ei oleks nõus võtma tööle vaimse tervise häirega inimest**. Nende hulgast nelja arvates ei lubataks neil töötada, kui tööandja seisundist teaks.

„... kui saaks teada tööandja, ma arvan, et ta ei lubaks ka töötada lastega tänu sellele haigusele, ma arvan.“ N

Kolm vastajat toob välja, et valitsevad eelarvamused teatud seisundite osas ja see on takistanud tööelus osalemist. Kolm vastajat eeldab, et **osalise koormusega** neid tööle ei võetaks. Üks aga arvab, et kui tööle kandideerijate hulgas eelistatakse „terveid“.

Terviseseisundi või töövõimetus pensionäri staatuse avaldamine tööandjale

Oma vaimse tervise häirest ja/või töövõimetus pensionäri staatusest rääkimist tööandjale on vestlustes kirjeldanud 14 vastajat. Valikuliselt on rääkinud 6 ning seisundit varjanud 5 vastajat. Kolm intervjuueeritavat väljendavad valmidust tööandjale oma diagnoosist rääkida.

„ ... noh mingisuguseid lisaboonuseid ei tule, et siis nagu võib-olla ei ole väga oluliseks pidanud eksju seda rõhutada, et võib-olla natuke isegi vastupidi.“ *Riigiametis töötaja*

Üks vastaja rääkis oma seisundist tööandjale, sest vajas rohkem vaba aega arsti juures käimiseks. Kolme vastaja puhul teavad haigusest osad töökaaslased või on mõnes töökohas räägitud ja teises mitte.

Viis vastajat on tööle kandideerides või juba töötades **varjanud** oma vaimse tervise häiret. Kaks vastajat on põhjuseks toonud hirmu, et ei võeta tööle kui haigusest teatakse ning kolm vastajat kardab eelarvamusi.

„Oleneb muidugi, mis töökoht on, kui nad mõtlevad, et minu haigus kuidagi mõjutab minu töötamist ...“ N

Ühe vastaja arvates tekitaks talle lisastressi see, kui töökohas tema seisundist teatakse. Üks vastaja toob välja, et kuigi ei ole julgenud rääkida, arvab siiski et ausus oleks parem.

Tööturu- ja sotsiaalteenused tööelu toetavate teenustena

Kogemusi tööturuteenustega käsitletakse 27-s vestluses. Kaheksa teenuseid kasutanud vastaja sõnul on nendega tegelenud **abivalmid ja asjalikud töötajad**. Abivalmidus väljendub näiteks selles, et töötaja (kliendihaldur) tunneb kliendi käekäigu vastu huvi, abistab CV koostamisel, saadab vajalikule teenusele.

Kaks vastajat on saanud **abi juhendamises** – ühel juhul rühmateenuse raames toimunud vestlused, ülesanded ning teisel juhul juhendati projektikirjutamise osas. **Koolitustest on abi** saanud seitse vastajat. Siin tuuakse välja näiteks ettevõtlusalased koolitused (2), arvutikoolitused (2), töövestlustel osalemise koolitus (1). **Täiendõppest abi** saamist kirjeldab neli vastajat.

„Ja ma küsisin, et kas on mõni /---/ kursus ka tasuta. Ja öeldi, et on küll. Jah. Ja siis ma võtsin selle /---/ kätte ja siis ma teingi ära.“ M

Mitmed vastajad on täiendkoolitustel omandanud konkreetse ameti/eriala jaoks vajalikke oskuseid (näiteks massöör, koristaja/puhastusekspert).

Üks kuulmispuudega vastaja kirjeldab tõlgi vahendusel, kuidas sai **abi viipekeeletõlgi teenusest**. Kliendile pakuti tugiisiku teenust, kuid arutelude tulemusena leiti rohkem abi olevat viipekeeletõlgist.

„Ja me kasutasime nii, et me kõiki tunde lõpuni ei kasutaud, kasutasime vist kokku 64 tundi tõlki, sest rohkem polnud vaja, sai iseseisvalt hakkama.“ M

Tööturuteenustest rääkides kirjeldab kolm vastajat, et on **abi saanud kohalikest omavalitsusest** (hambaravitoetus, toetus arvuti soetamisel, toiduabi, teatud teenuste maksumuse hüvitamine). Üks vastaja **saab abi rehabilitatsiooniteenusest**.

19 vastajat toob välja, et tööturuteenuste raames **ei pakuta sobivaid töid** (16) või **koolitusi** (3). Kaheksa vastaja jaoks olid pakutud tööd mittesobivad, kolm aga proovis teatud ametit, kuid pidi tervise tõttu siiski loobuma. Kahe vastaja sõnul suunati neid pigem ise endale tööd otsima. Üks vastaja arvab, et ise ongi parem endale tööd otsida ning üks vastaja kirjeldab, et leidiski endale töökoha ise. Üks vastaja väidab, et talle ei olegi midagi pakutud ning teine leiab, et teenuseosutaja ei ole „invaliididest üldse huvitatud“.

Kaks vastajat soovisid osaleda sõiduõppekoolitusel, üks aga arvutikoolitusel ning kõigi kolme sõnutsi tööturuteenuste raames neid koolitusi ei võimaldatud.

Neli vastajat leidsid teenuseid käsitledes, et **rahaline tugi on olnud ebapiisav..**

Üks vastaja arvab, et Töötukassas on **kohtumised liiga lühikesed:**

„...et seal nagu mingit arutlusaega väga ei ole.“

Neli isikut kirjeldab **negatiivset kogemust Töötukassa töötajaga**, mis kahe vastaja sõnul seisnes selles, et ei ole saanud piisavalt tuge/abi. Ühe vastaja jaoks oli negatiivne kogemus seotud töötuna arvele mittevõtmisega ning üks vastaja kirjeldab üleolevat suhtumist töötaja poolt.

Kuulmispuudega vastaja tõi tõlgi vahendusel välja, kuidas teenuste raames **ei suudetud suhelda kurdi inimesega**.

„... ütleme ausalt, nad ei olnud valmis vastu võtma sellist klienti.“ M

Viis vastajat toovad välja, et **liigne bürokraatia** mõjutas kogemust tööturuteenustega.

Neljateistkümnes vestluses on käsitletud **tööturuteenuste mittekasutamise põhjuseid**. Kuue vastaja jaoks on põhjuseks **varasem negatiivne kogemus**. Viie vastaja puhul on selleks isiklik kogemus, üks aga on otsuse teinud teistelt kuuldu põhjal.

„Siis ongi ikkagi siuke plokk on ees, et minna ja nüüd hakata uuesti mingeid asju ajama nagu“

N

Teadmatus teenuste osas või usk, et teenusest pole abi on kuue isiku puhul viinud tööturuteenuste kasutamisest loobumiseni. Kolme vastaja puhul väljendub teadmatus selles, et ei teata kuhu pöörduda. Teenuste kasutus vastajate jaoks on kahel juhul seotud arvamusega, et nendele sobivaid töökohti ei pakuta ning üks vastaja arvab, et saab ise töökuulutusi lugeda.

Kahe vastaja jaoks on **teenuste kasutamine liiga kulukas** (tuuakse välja koolituskulud ning sõidukulud). Kaks vastajat leiavad, et **ei suuda koolitustest osa võtta** (mõlemal juhul tuuakse põhjuseks mäluhäire).

Üks vastaja ei näe **tööturuteenuste kasutamise vajadust**, ühe arvates on **järjekorrad pikad** ning üks vastaja ei ole „ühendust viitsind võtta“.

Soove teenuste osas on väljendatud 19-s vestluses. 13 isikut on toonud välja, et sooviksid **koolitusi** või **täiendõpet**. Koolituste osas on kolmel juhul mainitud arvutikoolitust, õigusi puudutavat koolitust, ettevõtluse- ja eneseabikoolitust. Täiendkoolituste osas väljendab huvi seitse isikut, sealjuures jäävad täpsemad valdkonnad välja toomata.

„Kui on, siis ma ikka võtan ikka võtan otsast kinni ja ikka lähen. Et ennast uuesti ikka harida. Et see ei tähenda seda, et ma olen [kolmekümnendates], ma ei tohi koolis käia tead. Ikka tahan.“

N

Viis vastajat toovad välja, et abi võiks olla **toetustest tööandjatele**. Nende hulgas neli vastajat mainib toetusi või soodustusi üldiselt ning ühe arvates võiks toetusi rakendada füüsilise keskkonna kohanduste tegemiseks (eritellimusel mööbel).

„Kindlasti peaks tööandjale olema mingisugune soodustus selle eest, kui ta võtab puudega inimese tööle. Siis ta oleks sellest huvitatud.“ N

Tugiisikuteenusest räägib neli vastajat. Nendest üks toob välja vajaduse viipekeeletõlgi järele, lisaks ütlevad vastajad, et vajaksid nõustamist, tuge ja juhendamist tööol.

„Et ma ei tea kuidas /---/ asjad siin linnas nagu käivad, kuidas käib asjade ajamine üldse nagu et.“ N

Kolm intervjuueeritut toovad vestlustes välja **päevakeskuste** rolli ja potentsiaali. Päevakeskus võiks ühe vastaja arvates olla koht info saamiseks ning kahe vastaja jaoks koht teistega suhtlemiseks, koos aja veetmiseks või ka uute oskuste omandamiseks (nt arvuti õppimine).

„ ... kus antakse võimalus areneda, kasvõi arvutit õppida, samas viita koos aega. Igaüks võib rääkida oma probleemid ära.“ N

Karjäärinõustamise teenust mainib kaks vastajat. Kahe vastaja arvates võiks **toetus ravile** abiks olla. Siin mõeldakse ravi kättesaadavust nii rahalises (tasuta teenused) kui asukoha mõttes (teenused kodukohale lähemal).

Töövõimetuse hüvitamise süsteem

31 vastajat on kirjeldanud mõtteid praeguse või töövõimetuse hüvitamise süsteemiga seoses. 11 vastajat leiab, et praegune rahaline toetus on ebapiisav. Kümme vastajat käsitlevad töövõimetuspensionini vajaliku palgalisana ja kolme vastaja käsitluses on töövõimetuspension vajalik haigusest tingitud väljaminekute hüvitamiseks. Üheksa vastajat arvab, et tegemist on töötava süsteemiga, kuid leitakse ka, et taotlemisprotsess on keeruline (8), süsteem ei tööta õiglaselt (8) või hindamine on liiga tihe (6). Oma töövõimetuspensionis peab õigeks 5 vastajat ja kolme vastaja arvates on protsent liiga väike. Üheksa vastajat ei tea, kuidas süsteem toimib ja kaks vastajat on saanud segadusse ajavat infot.

Kolme vastaja sõnul kulub suurem osa toetusest teatud teenuste (nt massaaž) või ravimite peale.

„Sest 13 250-st on ikkagi väga suur raha. Eks ole ju. Ma nüüd mõtlen, et ma ostan pensipäeval ta välja, ei osta nüüd välja, aga reedel on juba vaja minna arstile aru andma, kuidas see rohi mõjus. Aga kuidas ma saan seda öelda, kui ma ei tea, kui ma ei saa teda välja osta.“ N

Kolm vastajat jätkasid töötamist, sest leiavad, et töövõimetushüvitisest ei piisa.

„Aga.. tegelikult mida ma tahan öelda on see: ega see ei oleks aidanud, kui ma oleksin hakanud ajama, et ma saaks too aeg 100%. Selles suhtes, et see pensioni suurus oleks ju ikka väike olnud, ega ma ei oleks ju saanud nii, et ma jään ju koju, et ma üldse ei tööta“ N

Kaks vastajat elab ainult pensionist (töövõimetushüvitisest), kolm arvab, et hüvitis peaks suurem olema.

„Jah, selles mõttes aitab, et kui ma tänu oma haigusele ei saa minna täiskohaga tööle, et lähen poole kohaga, siis ta kompenseeribki, töövõimetuspension, et ma saan ikka mingi normaalse summa kokku, et saaks ära elada.“ N

Kaks vastajat leiab, et töövõimetuspension annab teatud turvatunde.

„Jah, et kui ma ka tööturul läbi kukun ütleme, mul on vähemalt olemas ütleme selles mõttes ja ravimid ütleme on ka soodusega.“ N

Kolm isikut toob välja, et töövõimetuspension on vajalik haigusest tingitud väljaminekute hüvitamiseks.

„... et aga mul on ju sellest haigusest tingitud ikkagi lisaväljaminekud, mida nagu teistel inimestel ei ole ja noh alustades võib-olla sellest, et ma tõesti ei saa lubada omale igasuguseid töökohti, mis vastavalt võib-olla erialale ja nagu töökogemustele nagu võiksid olla.“ N

Kaheksa vastajat on toonud välja, et taotlemisprotsess on keeruline. Ühe vastaja jaoks tegi olukorra keeruliseks haiguse ägenemine, teine toob välja, et töö kõrvalt on raske arsti juures käia. Kuue vastaja arvates on ankeedid keerulised (küsimusi on raske mõista). Nende hulgas üks kirjeldab, et pidi ankeedi täitma lähedase kohta, üks teeb ettepaneku, et keegi võiks ankeetide täitmisel abistada. Ühe vastaja arvates aga oleks parem käia komisjonis isiklikult kohal.

„Et parem oleks, kui kohe see komisjon näeks mind jah, et kui see komisjon lausa näeks mind.“ N

Kaheksa respondenti leiab, et süsteem ei tööta õiglaselt. Vastajate jaoks väljendub ebaõiglus näiteks selles, et pensioni saavad need, kes tegelikult suudavad töötada (1), töövõimetuspension ei vasta inimese seisundile (1) ning ka selles, et töövõimetuspension määratakse pigem väiksem kui suurem (1). Üks vastaja peab probleemkohaks seda, et nõ võõrad otsustavad töövõimetuse üle.

„Seda saab tegelikult otsustada ainult see inimene, kellele on näiteks kellel on jalaga probleem, kellel millega probleem on, kes on ise selle läbi põdenud ja kogenud ja teab, mis asi see on. Aga terve inimene seda, ta lihtsalt ei saa teada.“ N

Üks vastaja peab ebaõiglaseks seda, et pensionisaajad raha muule kui ravimitele kulutavad (toob näitena isikud, kes tema arvates kulutavad raha alkoholile) ja ühe arvates ei ole töövõimetuspension määramine alati põhjendatud (näitena maapiirkondades majanduskriisi ajal vormistatud töövõimetused). Üks vastaja leiabki, et

„...seal, kus on töötus, seal on ka rohkem töövõimetuspensionäre. Kui inimesed saaksid tööle, neil ei oleks vaja seda pensioni.“ N

Kuus vastajat peavad hindamist liiga tihedaks. Neli vastajat leiab, et kui inimese seisund ei muutu ei oleks vaja nii sageli hindamist läbida. Vastaja arvates on tülikas sama protsessi läbimine teatud aja tagant.

„Hakka jälle taotlema otsast peale... kõik need arstid läbi...“ N

„Asi läheb ikka, ega ma paremaks, midagi mul tervemaks pole, aga iga aasta. Ole või ühe käega või ilma käteta, pead ikka iga aasta käima. Justkui käed kasvaks otsa tagasi.“ N

„Ikkagi 5 või 10 [aastat], siis inimene muutub, siis võivad juurde tekkida veel peale seda meelehaigused mingisugused, mis võivad tekkida.“ N

Töövõimetusprotsendist rääkides leiab viis vastajat, et see on nende puhul määratud õigesti. Kolm vastajat peab nendele määratud töövõimetusprotsenti liiga väikeseks. Üks toob põhjuseks tervise halvenemise, teise arvates ei ole tema seisundi üle õigesti otsustatud.

„Aga seda see on jälle see, et nad ei näe ju minu sisse, mis mul on, mis ma tunnen. Mida üldse need inimesed, kellel üldse mingi võimetus on, tunnevad. Nad ei saagi seal õieti otsustada.“ M

Kolmas toob välja, et seisund on muutlik ja „alati sa ei saa võtta, et täna ma teen kolm tundi“.

Kuigi kõik respondendid olid töövõimetus pensionärid, ei suutnud mitmed neist selgitada, kuidas süsteem täpselt toimib. Üks vastaja ei tea, kui suur töövõimetus talle on määratud ning viis vastajat ei tea, mille alusel töövõimetusprotsent määratakse.

„Psühhiaater mingisuguse toetuse määras vist.“ N

„Ei, see vist, ma ei oska öelda, mis seal mõjutab, eksole, ma ju täidan kõik need raamatud ära ja perearstid ja spetsialistid saavad sinna dokumendid, ma ei tea, millest see sõltub, millest see oleneb, 80 nad on jätnud ja leiavad, et 4 tundi ma võin päevas tööd teha. Aga no muidugi, keegi ei ole minu käest küsinud, kuidas mina ennast tunnen, kas ma jõuan või ma ei jõua.“ N

Kaks vastajat on oma sõnul saanud segadusse ajavat infot. Näiteks üks vastaja arvas, et kaotab töö, kui talle määratakse suuremaprotsendiline töövõimekadu.

Töövõimereformiga seotud mõtted on üsna mitmekülgsed. Üks vastaja leidis, et töövõimetus pension ei peaks kõigile ühesugune olema ja võiks olla seotud tööstaažiga. Töövõimereformist rääkides toob seitse vastajat välja hirmu hüvitisest ilma jääda. Kolm vastajat on reformi osas negatiivselt meelestatud. Siin toob üks vastaja ka välja, et kui juba on töövõimetus ühe süsteemi järgi määratud siis ei oleks vaja uuesti seda teha. Kaks vastajat tunnevad hirmu süsteemi keerukuse ees ning kaks väljendavad teadmatust uue süsteemi toimimise osas.

Kolm inimest arvab, et nende hüvitise summa võib väheneda ja üks nendest toob välja, et loobub siis pigem täiskohusega töötamisest, et sissetulekuid väiksemana näidata.

„Ma tahan ikka seda pensioni ju siis saada, et ega ma, noh ma pean ju praegu küllaltki palju pingutama, et selle täiskohaga tööl käia eksju, et noh oleks ju väga hea, kui saaks väiksema koormusega käia võib-olla, et siis saaks nagu rohkem võib-olla tervisele pühenduda, rohkem puhata, oleks vähem pingeid, oleks kõike vähem eksju.“ N

Nelja vastaja jaoks on töövõimereformi vajalikkus jäänud arusaamatuks. Uuenduste võimalikuks ajendiks peetakse, et töövõimetus on liiga palju (1). Üks vastaja on reformi osas kuulnud pigem negatiivset ja leiab, et reform on läbimõttlemata või on teavitamine jäänud puudulikuks; ühe arvates ei ole õige, et arstid enam töövõimetus ei määra.

„Vot ma olen vaadanud neid, kes seal käivad piketeerimas. Igaühel on seal mingisugune plakat, on (?) ja... Ma ei tea, kas nad ise teavad, mille eest nad seal üldse võitlevad? Ma ei tea. Ja kas üldse keegi on nagu rääkinud nendele inimestele seal, et mis selle reformiga muutub?“

N

Kahe vastaja arvates võib uus süsteem olla keerukas. Üks on kuulnud, et peab iga kuu hakkama tööturuametis käima, kus töökohti pakutakse.

„Mina arvan üldse, need inimesed, kes on tahtnud tööle minna (?), nemad on ka läinud ja leidnud oma koha.“ N

Teise vastaja arvates oleks talle kurnav käia Töötukassas iga poole aasta tagant (vastaja on kuulnud, et just nii tihti peaks seal hakkama kohal käima).

Kolm vastajat on reformi osas negatiivselt meelestatud. Ühe jaoks on ajendiks see, et töövõimet hakkavad hindama spetsialistid, kes hinnatavaid näinud ei ole. Üks vastaja kuulis, et reform „pidi päris jama olema“. Üks vastaja aga põhjendab meelestatust sellega, et seostab töövõimereformi konkreetse erakonna tegevusega.

Kaks vastajat toovad välja teadmatus uue süsteemi toimimise osas. Üks vastaja ütleb, et ei tea mis spetsialistid reformiga seoses tööle hakkavad ja teine ei tea, mille alusel hakatakse otsuseid vastu võtma.

