HAAP
Consulting
www.haap.ee
info@haap.ee

UIMASTEID TARVITAVATELE INIMESTELE SUUNATUD TEENUSTE TOIMIMISE JA TEENUSTEVAHELISE KOOSTÖÖ KORRALDUS EESTIS JA VÄLISRIIKIDES

2025

LÕPPARUANNE

Tellija:

Tervise Arengu Instituut

Kaasrahastanud Euroopa Liit

Eesti tuleviku heaks

Uimasteid tarvitavatele inimestele suunatud teenuste toimimise ja teenustevahelise koostöö korraldus Eestis ja välisriikides: LÕPPARUANNE

Analüüs on valminud Tervise Arengu Instituudi tellimusel.

Analüüsi autorid: Ly Lõhmus, Merle Purre, Linda Tarto, Laura Kalda, Liina Uudelt, Marleen Pedjasaar, Elis Haan.

HAAP
Consulting
www.haap.ee
info@haap.ee

Analüüsi autorid tänavad uuringus osalenud teenusesaajad ja spetsialiste, Tellija juhtrühma, uuringu meeskonda kaasatud eksperte Jane Oblikat ja Kaja Laidret ja teenusedisainereid Dan Mikkinit ja Maarja Karlsoni. Terminoloogiliste soovituste eest täname meditsiiniterminoloogia ekspert Ruth Ermi.

SISUKORD

Lühendid ja mõisted **4**

Sissejuhatus **6**

1. Uuringu disain ja meetodid **7**
1.1. Uimasteid tarvitavatele inimestele suunatud teenuste toimimise ja koostööpraktikate Eesti hetkeolukorra ja probleemkohtade analüüs spetsialistide vaatepunktist 7
1.2. Uimasteid tarvitavatele inimestele suunatud teenuste toimimise ja koostööpraktikate Eesti hetkeolukorra ja probleemkohtade analüüs klientide vaatepunktist 9
1.3. Teiste riikide teenustemudelite analüüs seoses uimasteid tarvitavatele inimestele suunatud teenuste toimimise ja teenustevahelise koostöö tagamisega 10
1.4. Teiste riikide teenustemudelite Eesti oludesse sobivuse analüüs ja alauuringute süntees 17

2. Uimasteid tarvitavatele inimestele suunatud teenuste toimimise ja koostööpraktikate Eesti hetkeolukorra ja probleemkohtade analüüs spetsialistide vaatepunktist **20**
2.1. Ülevaade Eestis pakutavatest teenustest 20
2.2. Teenuste omavaheline koostöö 34
2.3. Teenustele jõudmise parendamine: vajadused ja ettepanekud 43
Kokkuvõte ja järeldused 44

3. Uimasteid tarvitavatele inimestele suunatud teenuste toimimise ja koostööpraktikate Eesti hetkeolukorra ja probleemkohtade analüüs klientide vaatepunktist **46**
3.1. Info ligipääsetavus 46
3.2. Teenustele sisenemine 48
3.3. Teenustel püsimine 57
3.4. Teenuste parendamine 65
Kokkuvõte ja järeldused 67

4. Teaduskirjanduse ja teiste riikide teenustemudelite analüüs seoses uimasteid tarvitavatele inimestele suunatud teenuste toimimise ja teenustevahelise koostöö tagamisega **70**
4.1. Teaduskirjanduse ülevaade 70
4.2. Teiste riikide teenustemudelid 78
Kokkuvõte ja järeldused 102

5. Teiste riikide teenustemudelite Eesti oludesse sobivuse analüüs ja soovitused **105**
5.1. Lühiülevaade probleemistikust ja lahendusideedest välisriikide põhjal 105
5.2. Üldised soovitused 107
5.3. Hinnangud välisriikide mudelitele/praktikatele ning neid puudutavad ettepanekud ja soovitused 113
5.4. Näited võimalikest tulevastest teenusesaajate teekondadest 122

Kokkuvõte ja järeldused **129**

Viidatud allikad **132**

Lisa 1. Leitud lisamaterjali **139**

Lisa 2. Välisriikide mudelite ja praktikate koondtabelid **141**

Lisa 3. Nelja mudeli/praktika kokkuvõtted (kasutatud fookusgrupi intervjuudes) **165**

Lühendid ja mõisted

Lühend	Ingliskeelne vaste	Selgitus
AA	Alcoholics Anonymous	Anonüümsed Alkohoolikud
ACT	Assertive Community Treatment	Intensiivne kogukonnakeskne sekkumine
ACT/ALT	Alcohol Care Teams/Alcohol Liaison Teams	Alkoholihäire ravimeeskonnad (Šotimaa)
AHR	-	Alkoholitarvitamise häire ravi
ALVAL	-	Alkoholi liigtarvitamise varajane avastamine ja lühisekkumine
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test	Test alkoholi tarvitamise hindamiseks (TAI 2020)
CoCM	Collaborative Care Model	Kaasav/koostööpõhine ravimudel
DUDIT	Drug Use Disorders Identification Test	Test uimastitarvitamise hindamiseks
EUDA	European Union Drugs Agency	-
KKT	Cognitive Behavioural Therapy	Kognitiiv-käitumuslik teraapia
KOV	-	Kohalik omavalitsus
MI	Motivational Interviewing	Motiveeriv intervjueerimine
NA	Narcotics Anonymous	Anonüümsed Narkomaanid
ROSC	Recovery Oriented Systems of Care	Taastumisele orienteeritud teenuste süsteem
RSS	Recovery Support Services	Taastumist toetavad sekkumised või teenused
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration	-
SBIRT	Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment	Sõeltestimine, lühisekkumine ja ravile suunamine
SÜTIK	-	Tugiisikuteenuse programm narkootikume tarvitavatele inimestele
UVAL	-	Uimastitarvitamise varajane avastamine ja lühisekkumine

Mõiste	Ingliskeelne vaste	Selgitus
Intensiivne kliendikeskne kogukonnatugi	Assertive outreach, assertive community treatment	kõrge tervisekahju riskiga inimeste proaktiivne tuvastamine ja teenuste vahetu pakkumine ja/või teiste olemasolevate teenustega sidumine väljatöö toel.

Klient	-	uimasteid minevikus või käesoleval perioodil tarvitav täisealine Eesti elanik, kes omab uimastite tarvitamisest tulenevalt kokkupuudet erinevate sotsiaal- ja tervishoiuteenustega
Kogemusteadmine	Lived experience	kogemuslik teadmine, mis on inimesel, kes on läbinud teatud elusituatsiooni, seda teadvustanud ja mõistnud selle kogemusega seonduvat
Sihtrühm	-	uimasteid tarvitavad täisealised Eesti elanikud
Spetsialist	-	ekspert, kes omab laialdasi teadmisi seoses Eestis uimasteid tarvitavatele inimestele pakutavate teenuste sisu ja korraldusega konkreetse teenuse või eriala lõikes
Uimasteid tarvitav inimene	-	legaalseid või illegaalseid uimasteid tarvitav täisealine inimene, kelle vaimne, füüsiline või sotsiaal-majanduslik toimetulek on uimastite tarvitamise tõttu halvenenud
Valdkonnaülene teenustemudel	-	erinevate sotsiaal-, justiits- ja tervishoiu valdkonna teenuste toimimist ja omavahelist koostööd toetavate praktikate kogum
Väljatöö (ka välitöö)	Outreach	teenuste pakkumine väljaspool tavapäraseid tervishoiu- või sotsiaalteenuste asutusi; töötamine inimeste enda tavapärases keskkonnas

Sissejuhatus

Uuringu eesmärk on analüüsida täisealistele uimasteid tarvitavatele inimestele suunatud teenuste toimimist ja erinevate osapoolte koostööd. Uuring toetab teadmistepõhise ja tervikliku mudeli väljatöötamist, mille teel saab paremini toetada uimastite tarvitamise vähendamist ning pakkuda sihtgrupile psühhosotsiaalset abi. Väljatöötatav mudel keskendub uimastitarvitamise varajasele märkamisele, tarvitamisest põhjustatud häirega inimeste ravi, taastumise ja toimetuleku toetamisele. Selle toel soovitakse parandada nii uimasteid tarvitava inimese kui ka tema lähedaste elukvaliteeti. Mudel rakendub tervisevaldkonna ja sidusvaldkondade koostöös.

Uuring viidi läbi neljas osas (nn alauuringus), mille tulemusi kajastavad aruande peatükid 2—5. Esimene peatükk annab ülevaate alauuringute metoodikast.

Teises peatükis kajastatakse sihtgrupiga kokkupuutuvate ja sihtgrupile suunatud teenuseid korraldavate ja/või pakkuvate spetsialistide intervjuudest kogutud sisendit, mis puudutab uimasteid tarvitavatele inimestele suunatud teenuste toimimise ja koostööpraktikate Eesti hetkeolukorda ja probleemkohti.

Kolmandas peatükis esitatakse teenusesaajate kogemused ja hinnangud Eestis pakutavate uimastitarvitajatele suunatud teenuste osas, keskendudes asjakohase abi kättesaadavuse erinevatele aspektidele, alates info ligipääsetavusest, teenustele sisenemisest ja teenuste vahel liikumisest kuni vajaduste ja parendusettepanekuteni.

Neljandas peatükis antakse ülevaade teaduskirjandusest esile kerkinud välisriikides edukalt kasutusel olevatest huvipakkuvatest teenuste korraldustest, mudelitest ja nende elementidest, sh kolme riigi – Kanada, Austraalia ja Suurbritannia – näitel.

Viiendas peatükis tuuakse eelnevad alauuringud kokku ning antakse ülevaade peamistest kitsaskohtadest uimasteid tarvitavatele inimestele suunatud teenuste toimimises ja nendevahelise koostöö korralduses ning soovitused nende seljatamiseks. Soovitused sisaldavad üldiseid korralduslikke soovitusi sihtgrupi paremaks toetamiseks, samuti koostöös Tellijaga valitud välisriikide nelja teenustevahelise koostöö korralduse mudeli/praktika Eestile sobivuse analüüsi ning mudelispetsiifilisi kasutuselevõtu ettepanekuid.

1. Uuringu disain ja meetodid

1.1. Uimasteid tarvitavatele inimestele suunatud teenuste toimimise ja koostööpraktikate Eesti hetkeolukorra ja probleemkohtade analüüs spetsialistide vaatepunktist

Esimene alauuring keskendub Eestis pakutavate uimasteid tarvitavatele inimestele mõeldud teenuste väljaselgitamisele ning Eesti spetsialistide vaatepunkti teadasaamisele uuringu sihtgrupile suunatud teenuste toimimise ja koostöö osas. Selleks viidi läbi dokumendianalüüs olemasolevate teenuste esmaseks kaardistuseks, põhinedes Tellija jaotusel (Tabel 1) ning kasutades täiendavad internetiotsingud ja lumepallimeetodil teenuste otsimist. Seejärel intervjueeriti spetsialiste, kes töötavad uimasteid tarvitavate isikutega või korraldavad neile teenuseid (sotsiaaltöötajad, tervishoiutöötajad, nõustajad, spetsialistid õiguskaitseorganites jne).

Alauuringu peamine eesmärk oli välja selgitada spetsialistide teadmised ja hinnangud teenuste pakkumise ja koostoimimise ning võimalike kitsaskohtade, aga ka tugevuste osas. Intervjuude tegemisel ja nende analüüsil lähtuti eeskätt Tellija püstitatud alauuringu uurimisküsimustest.

1. Milliseid teenuseid pakutakse Eestis uimasteid tarvitavatele inimestele?
2. Kuidas uimasteid tarvitavad inimesed spetsialistideni jõuavad?
3. Millised takistused esinevad abivajaja edasisuunamisel?
4. Millistele teenustele suunamine toimib hetkel kõige paremini?
5. Millistele teenustele suunamine toimib hetkel kõige halvemini?
6. Millisest infost ja koostöövõimalustest (teenustest ja tugivõrgustikest) tunnevad spetsialistid kõige enam puudust?
7. Millistest tööriistadest tunnevad spetsialistid kõige enam puudust?

Alauuringu käigus viidi läbi 26 individuaalset poolstruktureeritud süvaintervjuud, eesmärgiga sügavamalt mõista spetsialistide hinnanguid, kogemusi ja vajadusi sihtgrupi toetamise protsessis. Intervjueeritud spetsialistid pakuvad teenuseid Tallinnas ja Harjumaal, Tartus ja Tartumaal, Jõgeval, Haapsalus, Pärnus ja Pärnumaal, Viljandis, Narvas ja Ida-Virumaal, Järvamaal, Rakveres ja üle Eesti. Intervjueeriti järgmiste teenuste esindajaid; võimalikud (esmajärgus uuringus osalema kutsutud) intervjueeritavate asutused/kontaktid kooskõlastati eelnevalt Tellijaga.

Tabel 1. Teenused, mille esindajaid I alauuringus intervjueeriti.

Tervishoiuteenuste pakkujad
1. Alkoholitarvitamise häire raviteenused: Tervisekassa partnerite hulka kuuluv erakliinik (2 intervjuud)
2. Alkoholitarvitamise häire raviteenused: Tervisekassa partnerite hulka mittekuuluv erakliinik
3. Narkootikumide tarvitamise häire raviteenused
4. Narkootikumide tarvitamise häire raviteenused: tegevuspiirkond Harjumaa

5. Perearstiabi: maakonnakeskus (2 intervjuud)
6. Perearstiabi: mitte-maakonnakeskus
7. Erakorraline meditsiin

Sotsiaalteenuste pakkujad

8. KOV tugiteenused: sotsiaalnõustamine, tugiisiku teenus, lastekaitse teenused
9. Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuste osutajad
10. Ohvriabi teenused
11. Erihoolekandeteenused
12. Töötukassa nõustamisteenused
13. Tugiisiku/kogemusnõustaja teenused
14. Varjupaigateenused

Õiguskaitsesüsteemi esindajad ja teenuspakkujad

15. Taasühiskonnastamise teenused vanglates
16. Tugiisikuteenus vanglast vabanejatele: vanglavälised teenuseosutajad
17. Kriminaalhooldus
18. Prokuratuuri teenused
19. Kainestusmaja teenused
20. Kohtunik

Muud teenuspakkujad ja spetsialistid

21. Usulise suunitlusega kogukondlik rehabilitatsioon
22. Tugigruppide läbiviimisega seotud spetsialistid ja teenuspakkujad
23. Kahjude vähendamise keskused ja teenused
24. Ennetustegevused

Intervjuukava lähtus uurimisküsimustest ja kinnitati enne intervjuusid Tellijaga. Küsimusi kohandati vastavalt intervjueeritava valdkonnale ja positsioonile. Intervjuud viidi läbi perioodil 16.01—27.02.2025, kuivõrd Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee kooskõlastus (395/T-29) uuringuks saadi 30.12.2024. Intervjuud kestsid keskmiselt umbes 60 minutit ning toimusid MS Teams keskkonnas. Üksikud intervjuud viidi läbi telefoni teel, kui see oli intervjueeritava eelistus. Intervjuudel osales enamjaolt kaks uuringumeeskonna liiget, kellest üks juhtis vestlust ja teine tegi märkmeid. Osalejate loal intervjuud salvestati ja neist tehti põhjalikud märkmed.

Intervjuude tulemusi analüüsiti horisontaalse sisuanalüüsi meetodil, mis võimaldas uurimisküsimuste käsitlemist kõigi intervjuude käigus kogutud andmete lõikes ehk juhtumiüleselt. Analüüsi käigus vaadeldi intervjuude käigus kogutud andmeid uurimisküsimuste lõikes, mis võimaldab teemade ja mustrite tuvastamist intervjuude-üleselt ning valdkondlikult (tervishoiuteenused, sotsiaalvaldkonna teenused, õiguskaitsesüsteemi esindajad ja teenusepakkujad, muud teenusepakkujad ja spetsialistid). Selleks koondati intervjuudest märkmed peamiste uurimisküsimuste kaupa analüüsitabelitesse. See meetod võimaldas struktureeritult analüüsida, kuidas erinevad intervjueeritavad samadele

uurimisküsimustele vastavad ning leida vastustes sarnasusi ja erinevusi. I alauuringu tulemused kajastuvad peatükis 2.

1.2. Uimasteid tarvitavatele inimestele suunatud teenuste toimimise ja koostööpraktikate Eesti hetkeolukorra ja probleemkohtade analüüs klientide vaatepunktist

Teine alauuring keskendub teenuste kasutajate (ka kliendid, teenusesaajad) kogemustele Eestis pakutavate uimasteid tarvitavatele inimestele suunatud teenustega. Selleks viidi läbi intervjuud sihtgrupi esindajatega, kelleks on uimasteid tarvitav või tarvitanud Eesti elanikud vanusegrupis 18–54, kes omavad uimastite tarvitamisest tulenevalt kokkupuudet erinevate (vähemalt ühe) sotsiaal- ja tervishoiuteenustega.

Alauuringu peamine eesmärk oli välja selgitada teenusesaajate kogemused ja hinnangud info ja abi kättesaadavusega, aga ka raskuste ja motivatsiooniga teenustel püsida. Intervjuude tegemisel ja nende analüüsil lähtuti Tellija püstitatud alauuringu uurimisküsimustest.

1. Kuivõrd ligipääsetav on uimasteid tarvitavatele inimestele informatsioon abivõimaluste kättesaadavuse kohta?
2. Kuidas saavad uimasteid tarvitavad inimesed infot teenuste kohta?
3. Mis motiveerib uimasteid tarvitavaid inimesi teenustele tulema?
4. Mis motiveerib uimasteid tarvitavaid inimesi teenustel püsima?
5. Kuidas toimub uimasteid tarvitavate inimeste esmane sisenemine teenustele (milliseid teenuseid kasutatakse esmase kontakti loomiseks)?
6. Millised on põhilised tegurid, mis raskendavad abi otsimist?
7. Millised on põhilised tegurid, mis raskendavad teenustele pääsemist?
8. Millised on põhilised tegurid, mis raskendavad teenustel püsimist?
9. Millistest teenustest tunnevad uimasteid tarvitavad inimesed kõige enam puudust?
10. Kuidas eelistavad uimasteid tarvitavad inimesed saada infot teenuste kohta?

Alauuringu käigus viidi läbi 23 individuaalset poolstruktureeritud süvaintervjuud, eesmärgiga sügavamalt mõista sihtgrupi hinnanguid, kogemusi ja vajadusi abi saamise protsessis. Intervjuude valimi koostamisel lähtuti Tellija etteantud jaotusest ning vastavalt kaasatud teenusesaajatest annab ülevaate Tabel 2. Intervjueeriti 23 uimastite tarvitamisega seonduvalt sotsiaal- või tervishoiuteenusel osalenud isikut vanuses 18–54 aastat. Iga isiku kohta selgitati välja, milliseid aineid ta tarvitab ning määratleti peamiselt kasutatav aine isiku enesekohase hinnangu järgi. Kõigi kriteeriumite lõikes jälgiti valimiisikute piirkondlikku jaotust vastavas prioriteetsuse järjekorras: 1) Harjumaa, 2) Ida-Virumaa, 3) Põlvamaa, Valgamaa, Võrumaa, 4) Tartumaa, 5) muu Eesti piirkond. Jälgiti ka vanuselist jaotust selliselt, et iga ainegrupi kohta oleks vähemalt ühe isiku vanus 18–34 eluaastat ning vähemalt ühe isiku vanus 35–54 eluaastat. Valimiisikud leiti konkreetsete teenusepakkujate kaudu, kes tutvustasid etteantud kriteeriumitele vastavatele teenustel osalejatele uuringut ning nõusoleku korral osalemiseks edastasid kontakti uuringu läbiviijatele.

Tabel 2. II alauuringusse kaasatud teenusesaajate valim.

Kriteerium/aine	Alkohol	Kanep	Stimulandid	Opioidid	Ravimid
Intervjueeritute arv	4	4	8	5	2
Vanus: 18—34	1	1	4	1	1
Vanus: 35—54	3	3	4	4	1
Mees	2	2	3	2	1
Naine	2	2	5	3	1
Emakeel: eesti	2	3	5	2	1
Emakeel: vene	2	1	3	3	1
Elukoht: Harjumaa	3	2	4	3	1
Elukoht: Ida-Virumaa	0	1	2	2	1
Elukoht: Põlva-, Valga-, Võru või Tartumaa	1	1	0	0	0
Elukoht: muu Eesti	0	0	2	0	0

Intervjuukava lähtus uurimisküsimustest ja kinnitati enne intervjuusid Tellijaga. Intervjuud viidi läbi perioodil 23.01—19.05.2025. Intervjuud kestsid keskmiselt 60 minutit ning toimusid peamiselt näost-näkku ja Microsoft Teams keskkonnas ja mõned ka telefonitsi, kui see oli intervjueeritava eelistus. Intervjuudel osales enamjaolt üks uuringumeeskonna liige, aga kui intervjueeritule sobis, siis kaks, kellest üks juhtis vestlust ja teine tegi märkmeid. Osalejate loal intervjuud salvestati ja neist tehti põhjalikud märkmed.

Sarnaselt I alauuringule, analüüsiti teenusesaajate intervjuude tulemusi horisontaalse sisuanalüüsi meetodil uurimisküsimuste lõikes. II alauuringu tulemused kajastuvad peatükis 3.

1.3. Teiste riikide teenustemudelite analüüs seoses uimasteid tarvitavatele inimestele suunatud teenuste toimimise ja teenustevahelise koostöö tagamisega

Kolmanda alauuringu eesmärk on selgitada välja, milliseid tõendatult efektiivseid teenustemudeleid ja praktikaid kasutatakse teistes riikides uimasteid tarvitavatele inimestele suunatud teenuste toimimise toetamiseks ning teenustevahelise koostöö korraldamiseks. Alauuringu käigus toimus kirjanduse analüüs ja väljavalitud riikide spetsialistidega viidi läbi paaris- ja rühmaintervjuud.

Alauuringus vastatakse järgmistele uurimisküsimustele:

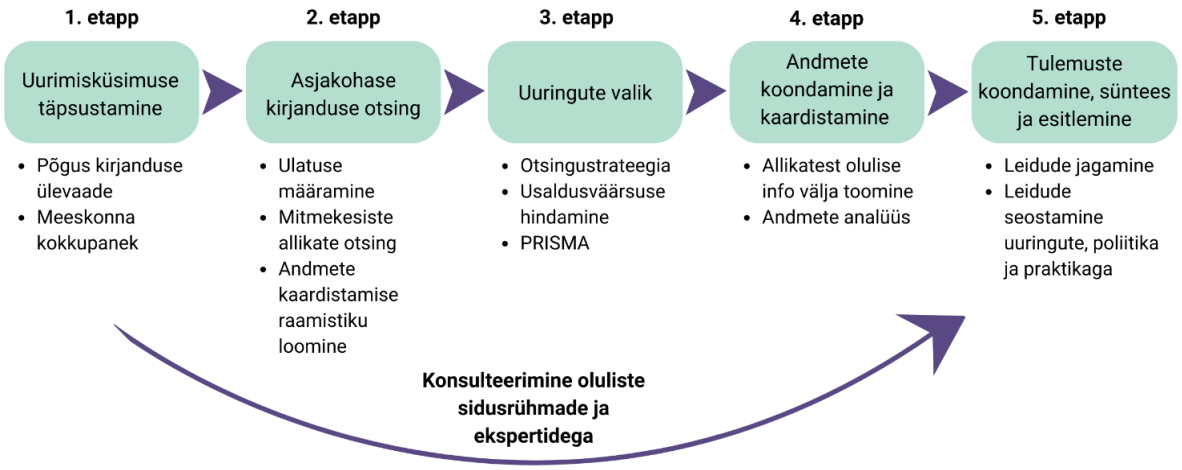
1. Millised tõendatud efektiivsusega mudelid ja praktikad on kasutusel teistes riikides seoses erinevate teenuste koostöö tagamisega ning uimasteid tarvitavate inimeste raviteekonna toetamisega?

2. Millised tõendatud efektiivsusega mudelid ja praktikad on kasutusel teistes riikides seoses klientide ravile pöördumise ja/või ravil püsimise toetamisega?
3. Milline on väljatoodud mudelite ja praktikate tõendatuse tase?

Välismaiste teenusemudelite ja praktikate kaardistamine

Mudelitest ja praktikatest ülevaadete saamiseks viidi läbi (1) otsing teadusandmebaasidest süstemaatiliste ülevaadete, meta-analüüside jm (eelistatult ülevaatlike) artiklite leidmiseks ning (2) otsing tulemuslike sekkumiste andmebaasidest.

Kirjanduse ülevaate tegemiseks kasutati täpsema meetodina sissejuhatavat kirjanduse ülevaadet (ingl k *scoping review*, tõlgitud vahel ka kui kirjanduse ulatusülevaade). Tegu on lähenemisega, mis võimaldab sünteesivalt ja struktureeritult koondada ja kaardistada olemasolevat teadmust. Võrdlemisi uus metoodika on selgelt raamistatud (Arksey & O'Malley, 2005) ning seda on edasi arendatud, täpsustades ja täiendades uuringuetappe ning kirjeldades eksplitsiitselt ka tiimipõhise rakendamise protsessi (Westphaln et al., 2021). Etapiviisilist lähenemist illustreerib Joonis 1. Kui süsteemne kirjandusülevaade sobib kõige paremini siis, kui uuritakse näiteks ühe konkreetse ravisekkumise või praktika teostatavust, asjakohasust või tõhusust, siis ulatusülevaade on parem valik, kui eesmärk on käsitleda üldisemaid uurimisküsimusi ning kaardistada uuringutes esinevaid olulisi omadusi või kontseptsioone (Munn et al., 2018). Et kaardistada erinevaid tõendatud efektiivsusega mudeleid ja praktikaid, mida kasutatakse erinevate teenuste koostöö tagamiseks, uimasteid tarvitavate inimeste raviteekonna toetamiseks, ravile pöördumise ja/või ravil püsimise toetamiseks, on sissejuhatav kirjanduse ülevaade sobilik meetod.



Joonis 1. Sissejuhatava kirjanduse ülevaate/kirjanduse ulatusülevaate (scoping review) läbiviimise etapid. Allikas: (Westphaln et al., 2021), tõlkinud ja kohandanud uuringu autorid.

Esmase kirjandusega tutvumise järel töötati välja kaasamis- ja välistamiskriteeriumid (vt Tabel 3) ning viidi läbi süstemaatiline otsing. Otsiti artikleid, mis on kirjutatud inglise keeles ning avaldatud alates aastast 2019. Andmebaasiotsingu viis läbi üks uurimismeeskonna liige. Artikleid otsiti elektroonilistest andmebaasidest PuBMed, Medline ja Web of Science. Kombineeriti järgmisi otsingusõnu:

- "substance use" OR "substance misuse" OR "substance abuse" OR "substance use disorder" OR "addiction" OR "drug addiction";

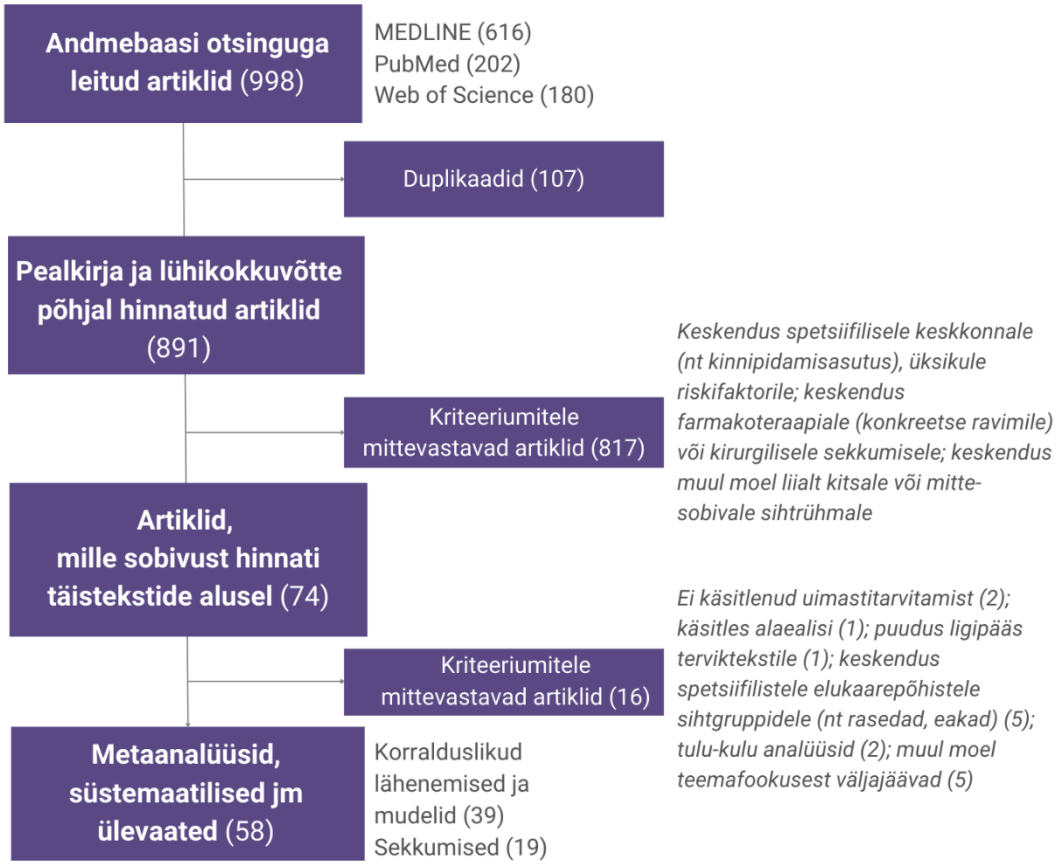
- “integrated care” OR “integrated treatment” OR “integrated treatment model” OR “integrated clinical practice” OR “integrated service*” OR “integrated health care delivery” OR “health and social service*” OR “collaborative care” OR “evidence-based practice” OR “substance use policy”.

Tabel 3. Kirjanduse ülevaate sisse- ja väljaarvamise kriteeriumid.

	Sissearvamise kriteeriumid	Väljaarvamise kriteeriumid
Sekkumine (mudel, praktika) keskendub	tarvitamishäirele üldiselt või laiemale valikule tarvitatavatest ainetest tarvitamise vähenemisele, ravi tulemuslikkusele, kahjude vähendamisele ja/või tagasilanguse vähendamisele valikulisel või näidustatud tasandil	kitsalt ühele tarvitatavale ainele; komorbiidselt esinevale tarvitamisele kitsalt ühe kaasuva haiguse/häire põhiselt; keskendub üksikule riskifaktorile (näiteks kodutus) või spetsiifilisele keskkonnale (näiteks kinnipidamisasutus); farmakoteraapiale (konkreetsele ravimile) või kirurgilisele sekkumisele
Sisufookus	ülevaade teenuste integreerimise korraldusest, olulised elemendid integreeritud teenuste arendamisel, teenustele ligipääs, koordineerimine	ühele tarvitatavale ainele spetsiifilistele teenustele keskenduvad artiklid; ei käsitle teenuste korralduse arendamisele informatiivset sisu
Uuringu disain	Eelistatult: meta-analüüsid, süstemaatilised ülevaated, muud ülevaated	
Allikad	eelretsenseeritud ajakirjad; täistekst on kättesaadav; inglise keel	mitte-eelretsenseeritavad ajakirjad; täistekstile ligipääsu puudumine; avaldatud muus keeles kui inglise; lõputööd, konverentsi abstraktid või posterettekanded, uuringute protokollid
Sihtgrupp	täisealised; kõrge sissetulekuastmega riigid	alaealised (<18 aastased), spetsiifilised kultuuri- või rahvusgrupid (näiteks religioossed vähemused, põlisrahvad) või kitsad sihtgrupid (nt põgenikud, sõjaveteranid); madala ja keskmise sissetulekutasemega riigid

Artiklite valiku protsessi kirjeldab Joonis 2. Esmase otsingu tulemuseks oli 998 artiklit, millest kõrvaldati 107 duplikaati. Allesjäänud 891 artikli puhul hinnati abstraktide alusel artiklite sisulist vastavust uuringu eesmärkidele (vanuseline kattuvus uuringu sihtgrupiga 18–54 a, kontekstuaalne kattuvus, kultuuriline ühilduvus jm). Selle tulemusena jäi sõelale 74 artiklit. Nende artiklite puhul otsiti artiklite täistekstid, tehti nende esmane analüüs kahe teise uuringumeeskonna liikme poolt ning märgiti tabelisse artiklite sisufookus, sihtgrupp ning muud olulised kommentaarid. Kõrvale jäeti artiklid, mille puhul: ilmnes mittesobivus otsingukriteeriumitega (4 kirjet), puudus ligipääs täistekstile (1 kirje), keskenduti

spetsiifilistele (elukaarepõhistele) sihtgruppidele[1] suunatud lähenemistele (6 kirjet), ilmnes mittesobivus otsese teemafookusega muul moel[2] (5 kirjet).



Joonis 2. Kirjanduse ülevaatesse kaasatud artiklite valiku protsess.

Artiklid jaotati täistekstidega tutvumise järel kahe kategooria:

- Korralduslikud lähenemised ja mudelid (39 kirjet);
- Sekkumised (19 kirjet);

Lähtuvalt uurimisküsimustest keskenduti edasises analüüsis eeskätt korralduslikke lähenemisi ja mudeleid käsitlevatele artiklitele. Neid käsitlevasse tabelisse märgiti asjakohasusel konkreetsete mudelite nimed või korralduste nimetused, lühikirjeldused (ja/või elemendid), peamised tulemusnäitajad, uuringutesse hõlmatud riigid, mudeli/praktika rakendamisel kaasatavad spetsialistid, rakendamise tasandid või kontekstid jm relevantne info.

Mudelite/praktikate kaardistamisel kasutati lisaks tulemuslike sekkumiste andmebaase:

- EUDA Best Practice Portal - Evidence Database (*EUDA*, s.a.): lisandus 7 kirjet;

[1] Nt eakad tarvitajad, rasedad või sünnitusjärgsed tarvitajad; sõltuvushäiretega inimeste lähedased.
[2] Nt tagasilangust ennustavad psühholoogilised faktorid; süsteemidünaamiline analüüs sõltuvushäireid käsitlevatele teadusuuringutele, tarvitamishäire tõenduspõhise hindamise instrumendid jm.

- SAMHSA Evidence-Based Practices Resource Center (*SAMHSA*, s.a.-a): lisandus 6 kirjet.

Teaduskirjanduse analüüsi esmaste tulemuste põhjal kerkisid esile riigid, kus on viidud läbi märkimisväärselt uuringuid uimastitarvitajatele suunatud sekkumiste korralduse tõhususe uurimiseks. Valdkonna uuringute maastikul domineerib USA, ent silmatorkavalt kerkisid esile ka Kanada, Austraalia ja Suurbritannia – seda nii süstemaatiliste uuringute läbiviijana kui ka neis kajastatud uuringute põhjal. Vähesema regulaarsusega ilmnes uuringuid Saksamaalt, Prantsusmaalt, Rootsist, Hollandist, Taanist, Norrast jt riikidest. Lähtudes kriteeriumitena tõenduspõhiste korralduslike mudelite kasutamisest, allikate keelelisest kättesaadavusest ja sotsiaal- ja tervishoiusüsteemi (sh peamiste rahastuviiside) võrreldavusest Eestiga, tegi uuringumeeskond ettepaneku ja kooskõlastas Tellijaga lähemalt Kanada, Austraalia ja Suurbritannia praktikatesse põhjalikuma sissevaate tegemise. Kõigi riikide puhul keskenduti vajaduspõhiselt väiksemale regionaalsele üksusele, et võimaldada paremat võrreldavust Eestiga. Kanada puhul vaadeldi praktikate rakendumist võimalusel eeskätt New Brunswick'i provintsis; Austraalia puhul Tasmaania osariigis; Suurbritannia puhul Šotimaal.

Nimetatud riikides kasutatavaid sekkumisi, programme, koostöömudeleid ja praktikaid ning nende tõhusust puudutavate eelretsenseeritud teadusartiklite leidmiseks kasutati täiendavaid otsinguid keskkonnas Google Scholar. Asjakohaste artiklite leidmiseks uuriti täiendavalt ka leitud artiklite allikaloendeid.

Intervjuud väliseekspertidega

Valitud riikide praktikatest selgema ja praktilisema arusaamani jõudmiseks viidi läbi poolstruktureeritud intervjuud sekkumiste ja programmide pakkujate, teenuse korraldajatega riiklikul tasandil või muude asjakohaste ekspertidega. Intervjuuteemad hõlmasid praktika või mudeli üldist korraldust, rahastust ja ellukutsumist, teenustele pöördumise ja/või teenusel püsimise toetamist, praktikate/mudelite tulemuslikkust, tavapäraseid klienditeekondi ja soovitusi praktikate/mudelite kohandamist. Iga intervjuu jaoks kohandati kava vastavalt käsitletavale mudelile või praktikale. Intervjuud viidi läbi MS Teams vahendusel ja kestsid 55 kuni 90 minutit. Osalejate eelistusel toimusid intervjuud paaris- või grupiintervjuudena, et tagada piisavalt mitmekesine vaade teenuspakkumise erinevatele aspektidele. Intervjuudes osalenud ekspertidest annab ülevaate Tabel 4.

Hoolimata suurest hulgast intervjuukutsetest ja jätkukirjadest, ei õnnestunud läbi viia intervjuud Austraalia spetsialistidega. Siiski õnnestus saada vastus infopäringule Austraalia praktika (vaimse tervise valdkonna otsustusabi töövahendid) teemal läbi viidud teadusuuringu (Woods et al., 2024) esimese autoriga, kes jagas teadusuuringu raames kogutud andmestikku, mis pole avalikult kättesaadav, ning mis võimaldas antud praktika kohta ülevaate koostamist käesoleva uuringu jaoks.

Tabel 4. Väliseekspertide intervjuud.

Riik, piirkond	Organisatsioon	Eksperdid
Suurbritannia, Šotimaa (27.03.2025)	Aberdeenshire Health and Social Care Partnership	Gillian Robertson, riiklikult kohustuslike teenuste juht (Statutory Services Lead) Jeff Shaw, piirkondlike partnerlussuhete juht (North Area Partnership Manager)

Kanada, Loode-Ontario (27.03.2025)	Northwestern Ontario RAAM	Pia Heikkinen, regionaalne koordinaator Tonya Muchano, programmi koordinaator Thunder Bay ja Longlac piirkondades Piirkondlikke RAAM kliinikuid vedavate partnerorganisatsioonide esindajad: Georgina McKinnon, P.A.C.E.[3] tegevjuht Greg Carfagnini, sõltuvusravi arst, St. Joseph's Care Group kliiniline juht Melissa Harvey, Nipigon piirkonna peretervise tiimi [4] tegevjuht Audrey Mikkelsen, Giishkaandago'Ikwe Health Services käitumusliku tervise teenuste juht Lauren Richie, St. Joseph's Care Group vaimse tervise ja sõltuvusravi teenuste juht Nikki Sandelovich, Fort Frances Tribal Area Health Services võõrutuskeskuse kliiniline koordinaator
Suurbritannia, Šotimaa (17.04.2025)	Turning Point Scotland, South Lanarkshire Reachout Service	Jason Connor, teenuse koordinaator Stewart Gallacher, teenuse koordinaator

Mudelite või praktikate tõendatuse taseme hindamine

Teistes riikides kasutatavate teenustemudelite ja praktikate tõendatuse tasemete hindamisel lähtuti Tervise Arengu Instituudi ennetuse teadusnõukogu loodud ennetustegevuste tõendatuse taseme hindamise raamistikust (TAI 2023). Kohaldamaks raamistikku ennetustegevuste asemel koostöömudelite ja praktikate tõendatuse astme hindamiseks, tegime mõned (eeskätt sõnastuslikud) kohandused. Muudatused on esile toodud teises värvis (vt ka Tabel 5).

TAI käsitluses lähtub mõju tõendatuse ja selle kvaliteedi analüüs GRADE (*The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) meetodist, mis võimaldab struktureeritult ja objektiivselt hinnata iga tulemuse tõendusmaterjali kvaliteeti. Tõendusmaterjali kvaliteeti liigitatakse TAI käsitluses kolmepallisüsteemis[5]: 1 (madal), 2 (mõõdukas) ja 3 (kõrge), tõendusmaterjali puudumisel kvaliteeti ei hinnata. (*Ibid.*) Käesoleva uuringu fookuses on aga konkreetsete tegevuste ja sekkumiste asemel laiemad mudelid ja praktikad, mille tõendatuse hindamiseks GRADE hindamine sageli ei sobitu. Siiski otsiti teadusandmebaasidest jm infot mudeli või praktika mõjuga seotud näitajate kohta,

[3] Peaple Advocating for Change through Empowerment, esindusorganisatsioon, mis koondab vaimse tervise ja sõltuvusprobleemide kogemustega inimesi ja pakub kogemuspõhist tuge.
[4] Inglise keeles Family Health Teams, osa Kanada tervishoiusüsteemist. Meeskonda kuuluvad tavapäraselt näiteks arstid, õed, retsepti- ja diagnoosiõigusega eriõed (ingl *nurse practitioners*), sotsiaaltöötajad ja teised tervishoiuspetsialistid (NDFHT, s.a)
[5] GRADE süsteemis rakendatakse originaalis nelja astet (Balshem et al., 2011), ent Eestis rakendatavate ennetustegevuste hindamiseks kasutatava raamistiku puhul pole seni ilmnenud vajadust neljanda taseme rakendamiseks.

keskendudes kõrgema kvaliteediga ja esmaseid tulemusnäitajaid hindavatele uuringutele. Veebiotsingu teel hangiti lisamaterjali (nt mudelite rakendamise juhendeid, läbiviidud hindamiste aruandeid jm). Põhjalik ülevaade analüüsitud mudeleid ja praktikaid käsitlevatest uuringutest on lisatud koondtabelitena (Lisa 2).

Protsessi hindamisel analüüsiti olemasolevate andmete põhjal mudeli või praktika sisu, ülesehituse ja elluviimisviiside asjakohasust, mudeli või praktika loogikat ning teoreetilisele raamistikule tuginemist, kvaliteetse elluviimise tagamise ja mõõtmise süsteemsust ning eetiliste aspektide arvesse võtmist.

Alauuringu raames vaadeldi mudeleid või praktikaid, mille tõendatuse tase on võrreldav vähemalt tasemega 3. Toetuti ennetuse teadusnõukogu esindaja poolt edastatud juhendmaterjalidele ja konsultatsioonidele nõukogu liikmetega.

Tabel 5. TAI ennetuse teadusnõukogu ennetustegevuste tõendatuse taseme hindamise raamistikule põhinev raamistik. Sinise tekstiga esile toodud muudatused võrreldes allikmaterjaliga. Kõik aspektid ei pruugi eri tüüpi mudelite/praktikate või neid käsitlevate uuringute puhul kohalduda. Allikas: TAI 2023.

Tase	Eesmärgi, sihtrühmade, ülesehituse ja sisu kirjeldus on olemas	Toimimise loogika lähtub teoreetilisest raamistikust	Uuringud	Tõendatuse kvaliteet	Tulemuste püsivus/jätkuvus
1	Jah	Ei	Ei	Ei kohaldu	Ei kohaldu
2	Jah	Jah	Ei	Ei kohaldu	Ei kohaldu
3	Jah	Jah	Vähemalt üks uuring* näitab positiivseid tulemusi	Madal	Pole hinnatud
4	Jah	Jah	Vähemalt üks (pool)eksperimentaalne uuring* näitab positiivset mõju huvipakkuvatele tulemusnäitajatele	Madal või mõõdukas	Hinnatud kuni 6 kuud pärast teenusel osalust
5	Jah	Jah	Vähemalt üks (pool)eksperimentaalne uuring* näitab positiivset mõju huvipakkuvatele tulemusnäitajatele	Mõõdukas või hea	Hinnatud pärast 6 kuu möödumist teenusel osalust

** Originaalis arvestatakse kohalike ning rahvusvaheliste uuringute vahelist erisust; käesolevas uuringus vaadeldakse eeskätt rahvusvahelistes teadusajakirjades avaldatud uuringuid, mistõttu on täpsustusest loobutud.*

Tasemete kujunemist mõjutavad tabelis väljatoodule lisaks mitmesugused asjaolud, nt:

- uuringute korraldamise, tüübi, mõõtevahendite ja analüüsiga seotud piirangud (nt valiku-, mõõtmis- ja tulemuste esitamise nihe, uuringust väljalangemine, väikese valimiga uuring, puudulikult esitatud andmed);
- kooskõla eri uuringutes saadud tulemuste vahel, soovitud ja soovimatute mõjude tasakaal;
- ebakindlus sihtrühma ja elluviijate väärtuste ja eelistuste ning kavakohase elluviimise tagamise suhtes;
- ebakindlus eetiliste põhimõtete järgimise suhtes (nt osalejate autonoomsuse ja privaatsuse austamine, diskrimineerimise ja sildistamise ärahoidmine, kahju tekkimise vältimine, andmekaitsenõuete järgimine). (*Ibid*.)

Tuleb silmas pidada, et TAI raamistiku alusel antav hinne tõendatuse tasemele kirjeldab analüüsitava mudeli või praktika kasutusvalmidust: lisaks tõendatuse kvaliteedi hindamisele on oluline selle rakenduslikkus ja kohaldatavus Eesti konteksti, millealane sisend koguti selle uuringu käigus eeskätt neljanda alauuringu raames läbi viidud fookusgruppide käigus.

1.4. Teiste riikide teenustemudelite Eesti oludesse sobivuse analüüs ja alauuringute süntees

Neljanda alauuringu eesmärk on välja selgitada, millised välisriikides kasutusel olevad teenustemudelid ja praktikad võiksid olla kohandatavad Eesti oludele, parandamaks teenuste toimimist ja teenustevahelist koostööd. Alauuring tugineb eelmise kolme alauuringu tulemustele ning spetsialistide seas läbiviidud fookusgrupi intervjuudele.

Neljandas alauuringus vastatakse järgmistele uurimisküsimustele:

1. Millised teiste riikide mudelid ja praktikad võiksid aidata lahendada Eestis erinevate teenuste koostöös ning klienditeekonna kujundamisel esinevaid probleeme?
2. Millised teiste riikide mudelid ja praktikad võiksid aidata toetada Eestis uimasteid tarvitavate inimeste teenustele pöördumist ja teenustel püsimist?

Kolmanda alauuringu tulemusena oli välisriikide analüüsi põhjal kaardistatud üheksa mudelit või praktikat (vt Lisa 2). Nende seast valiti ja kooskõlastati Tellijaga neli mudelit või praktikat, mille kohaldatavust Eestile analüüsiti fookusgrupi intervjuudes spetsialistidega.

Läbi viidi neli fookusgruppi vahemikus 29.04. – 06.05.2025 kokku 24 osalejaga. Igas fookusgrupis tagati nii tervishoiu- kui ka sotsiaalvaldkonna esindatus, samuti kogemus töötamisel nii alkoholi kui ka teisi uimasteid tarvitavate inimestega. Fookusgruppide planeerimisel püüti tagada ka kogemusteadmise esindatus, see saavutati kogemusnõustajate osalusega kolmes grupis. Lisaks oli kaasatud õigusvaldkond prokuratuuri ja kriminaalhoolduse esindajatega (kolmes grupis), Ohvriabiteenus (kolmes grupis), Töötukassa nõustamisteenused (kahes grupis), kiirabi (ühes grupis) ja erihoolekandeteenus (ühes grupis).

Fookusgrupid toimusid veebipõhiselt keskkonnas MS Teams, grupiintervjuude kestus oli 90–105 minutit. Igas fookusgrupis arutleti kahe mudeli või praktika üle. Osalejatele saadeti ette lühike jaotusmaterjal (vt Lisa 3) arutlusele tulevate mudelite kokkuvõtetega, soodustamaks sisukat arutelu piiratud aja jooksul; mudelite või praktikate lühitulemus tehti ka intervjuude käigus. Arutelu struktureerimiseks kasutati kohandatud SWOT-analüüsi (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats*) meetodist lähtuvaid küsimusi, kaardistamaks vaatluse all olevate mudelite või praktikate tugevusi, nõrkuseid, võimalusi ja ohukohti, täiendades seda ka üldiste küsimustega kohaldatavuse osas. Grupiarutelu toetati sissejuhatavate materjalide ja jooksvalt tehtavate märkmete visualiseerimisega veebikeskkonnas Miro.

Tellijaga kooskõlastati neli kriteeriumi välisriikide mudelite ja praktikate kohaldatavuse hindamiseks:

- potentsiaal teenusepakkujate ja teiste osapoolte koostöö soodustamiseks;

- teostatavus, arvestades rakendamise keerukust, arendusmahukust ning nõudmisi olemasolevale süsteemile;
- potentsiaal teenustele ja ravile pöördumise soodustamiseks;
- potentsiaal raviteekonnal püsimise soodustamiseks.

Hindamismetoodikat nelja kriteeriumi ning kolme taseme lõikes kajastab Tabel 6.

Tabel 6. Praktikate ja mudelite hindamiskriteeriumid

Tase/ kriteerium	Koostöö soodustamine	Teostatavus	Teenustele pöördumise soodustamine	Teenustel püsimise soodustamine
Kõrge	Loob/pakub selge struktuuri ja olulise (uue) võimaluse teenuspakkujate jt osapoolte vahelise koostöö soodustamiseks	Ei nõua olulisi struktuurimuudatusi või suuri lisaressursse; on kohaldatav olemasoleva süsteemi baasil väheste kohandustega; ei eelda ulatuslikku väljaõpet või organisatsioonikultuuri muutust; suur osa vajalikke elemente on vähemalt piloteeritud	Loob/pakub otseseid mehhanisme sihtgrupi leidmiseks ja kaasamiseks; kõrvaldab olulisi barjääre teenustele ligipääsul; pakub lahendusi, mis võimaldavad jõuda raskesti ligipääsetavate või traditsiooniliselt mittekaasatud sihtrühmadeni	Loob/pakub efektiivsed meetodid ja/või protsessid raviteekonnal püsimise toetamiseks; pakub süsteemseid lahendusi raviteekonnalt väljalangemise ennetamiseks; võimaldab personaliseeritud ja paindlikku lähenemist, mis vastab sihtgrupi muutuvatele vajadustele protsessi vältel
Keskmine	Võimaldab soodustada teenuspakkujate jt osapoolte vahelist koostööd	Nõuab mõningaid struktuurimuudatusi ja/või täiendavaid ressursse; eeldab personali täiendkoolitust ja/või teatud protsesside ümberkorraldamist; on teostatav mõõduka arendusmahukusega; mitmed vajalikud elemendid on vähemalt piloteeritud	Võimaldab parandada teenustele ja ravile pöördumist; vähendab teatud barjääre, kuid ei pruugi lahendada ligipääsuprobleeme terviklikult; soodustab mõõdukalt sihtgrupi teadlikkust ja motivatsiooni teenuseid kasutada	Sisaldab komponente, mis aitavad kaasa raviteekonnal püsimisele; pakub teatud tuge, kuid ei pruugi katta kõiki kriitilisi aspekte; toetab mõõdukalt raviteekonnal püsimist
Madal	Ei panusta otseselt teenuspakkujate jt osapoolte vahelise koostöö soodustamisesse või teeb seda vähesel määral	Nõuab ulatuslikke süsteemseid muudatusi; eeldab olulisi täiendavaid ressursse ja/või uute struktuuriüksuste loomist; vajab pikaajalisi arendustegevusi ja/või põhjalikku väljaõppeprogrammi; enamik vajalikke elemente on süsteemis puudu	Ei ole otseselt suunatud teenustele pöördumise soodustamisele või omab selles vaid kaudset ja väikest mõju; ei kõrvalda olulisi barjääre teenuseni jõudmisel; keskendub peamiselt muudele aspektidele	Ei ole spetsiifiliselt suunatud raviteekonnal püsimise soodustamisele või panustab sellesse minimaalselt; ei paku otseseid lahendusi väljalangemise vähendamiseks; keskendub peamiselt teistele aspektidele teenuste pakkumisel

Lõpparuandes neljanda alauuringu tulemusi käsitlev viies peatükk sisaldab ka kõigi alauuringute sünteesi põhjal loodud soovitusi ja ettepanekuid ning nende põhjendusi. Samuti loodi teenusedisaini meetodil kolmanda alauuringu tulemusele toetudes kaks teenusesaaja persoonat ning kolm näidet võimalikest tulevastest teenusesaaja teekondadest erinevate välisriikide mudelite või praktikate rakendamisel.

Alauuringute sünteesil põhinevate tulemuste valideerimiseks ja soovituste täpsustamiseks viidi läbi kaks täiendavat individuaalintervjuud spetsialistidega vahemikus 20–21.05.2025.

2. Uimasteid tarvitavatele inimestele suunatud teenuste toimimise ja koostööpraktikate Eesti hetkeolukorra ja probleemkohtade analüüs spetsialistide vaatepunktist

2.1. Ülevaade Eestis pakutavatest teenustest

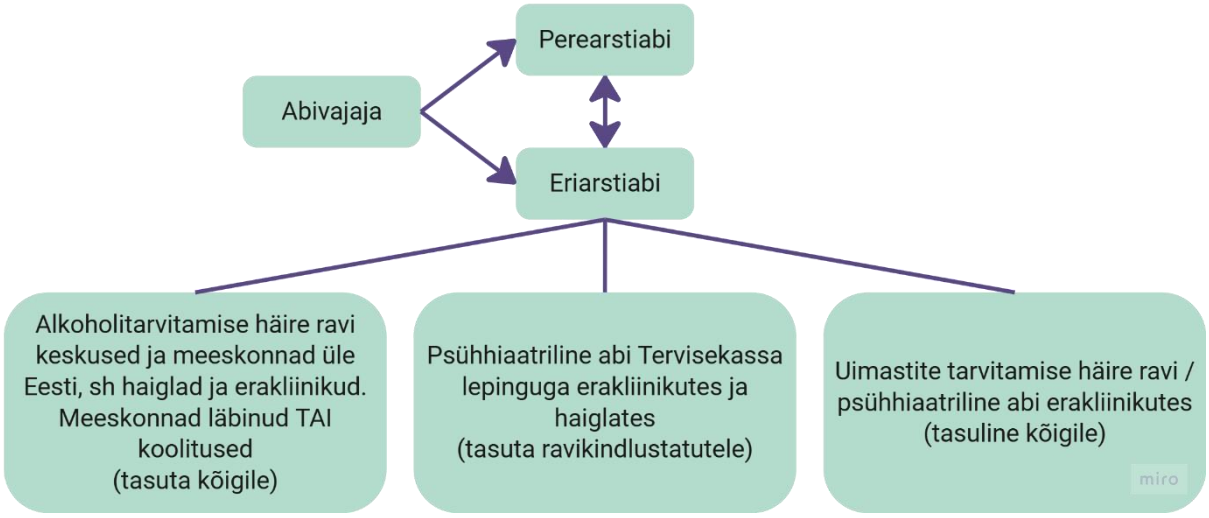
Eestis on uimasteid tarvitavatele inimestele erinevaid teenuseid nii raviteenuste ja sotsiaalteenuste näol kui ka õiguskaitsesüsteemis. Eeskätt ravi- ja rehabilitatsiooniteenuste pakkumine ja kättesaadavus varieerub sõltuvalt tarvitava(te)st aine(te)st, tarvitamisest põhjustatud probleemi või häire sügavusest, kaasuvatest psüühikahäiretest ning ka piirkonnast. Kirjeldame järgnevalt dokumendianalüüsi ja intervjuude tulemusena teenused, mida Eestis uimasteid tarvitavatele inimestele võimaldatakse. Need on jagatud tinglikult kolme alajaotuse vahel: tervishoiu-, sotsiaal- ja õiguskaitsesüsteemi teenused. Konkreetsete teenuste nimetused lähtuvad teabest teenuspakkujate veebilehtedel uuringu läbiviimisel.

Tervishoiuteenused

Uimastite tarvitamisest põhjustatud häirete ravivõimalused jagunevad Eestis laias laastus alkoholitarvitamise häire raviks ja narkootikumide tarvitamise häire raviks: erinevate ainete tarvitamisest põhjustatud häireid käsitletakse ravis sageli eraldi. Nüansse ja erisusi on veelgi – mõnes asutuses on raviteenused suunatud vaid illegaalsete opioidide tarvitamisele (asendusravi) ja/või stimulantide tarvitamisele (Viljandi Haigla); vähem ravivõimalusi näib olevat suunatud kanepit või retseptiravimeid kuritarvitavatele inimestele. Teisena saab välja tuua jaotuse riiklike teenuste (Tervisekassa või TAI rahastatud teenused) ja erateenuste (kliendi poolt või muudel viisidel rahastatud teenused vahel).

Alkoholi tarvitamisest põhjustatud häirete ravi võimalused Eestis

Tervishoiuteenused alkoholitarvitamise häire korral



Joonis 3. Raviteenused alkoholitarvitamise häire korral. Allikas: uuringu autorid.

Riiklikult on alkoholitarvitamise häire ravi täna Eestis korraldatud perearstiabi ja eriarstiabi tasanditel Tervisekassa rahastusel (TAI, „Millal pöörduda spetsialisti...“). Perearsti tasandil saavad tervishoiutöötajad pakkuda alkoholi liigtarvitamise varajast avastamist ja lühisekkumist (ALVAL) ja uimastitarvitamise varajast avastamine ja lühisekkumist (UVAL), kui perearst või -õde on vastava koolituse läbinud[6]. Nõustamisteenus perearsti või pereõe juures on tasuta nii ravikindlustusega kui ka ravikindluseta inimestele. (Terviseinfo 2017, Tervisekassa 2024) Esmatasandi teenus kujutab endast AUDIT-testi täitmist alkoholitarvitamise riskitaseme hindamiseks ja lühisekkumist alkoholist põhjustatud kahju vähendamiseks, milleks on 15-minutiline lühinõustamine või vajadusel kuni 50-minutiline põhjalikum elustiilinõustamine.

Uuringu käigus kujunes aga mitmete intervjuule kutsumise kirjavahetuste, telefonivestluste ja intervjuude põhjal tunnetus, et perearstidel on uimastite tarvitamisest põhjustatud häirega inimeste aitamisega pigem vähe kokkupuudet. Sageli ei ole ALVAL või UVAL teenuste koolitust läbitud[7] ja seega lühisekkumist ei pakuta. See ei välista, et osatakse patsienti nõustada, kaasata eriarsti e-konsultatsiooni kaudu ja/või patsiendile ravivõimalusi soovitada. Kui perearstil pole aega või oskust ise nõustada, siis soovitab ta patsiendil pöörduda psühhiaatri vastuvõtule ja/või konkreetsesse alkoholitarvitamise häire ravi (edaspidi ka: AHR) pakkuvasse keskusesse. Kui perearstikeskuses tegutseb vaimse tervise õde, võib ka tema osata patsiendil uimasti tarvitamisest põhjustatud häire ära tunda ning teda nõustada või eriarsti vastuvõtule suunata. Perearstide sõnul leiavad sageli need inimesed, kes on oma suure terviseriskiga tarvitamisest teadlikud ja valmis sellega tegelema, ise abivõimalused ja pöörduvad eriarstiabi või muude teenuste saamiseks otse vastavate teenusepakkujate poole. Perearstilt pigem ei tulda sellealast nõu küsima, ehkki ka seda tuleb ette. Ka võib suure terviseriskiga tarvitamine esile kerkida seoses teiste tervisemuredega. Uuringus osalenud perearstidel on rohkem kokkupuudet inimestega, kes probleemi ei tunnista või ei ole motiveeritud muutusi tegema.

Eriarsti tasandil pakuvad Tervisekassaga koostöös täiskasvanutele alkoholitarvitamise häire ravi ravikeskused Tallinnas, Viimsis, Tartus, Pärnus, Viljandis, Võrus, Narvas, Raplas, Kuressaares ja Valgas – kokku 12 teenuseosutajat, sh haiglad ja mõned erakliinikud[8]. Nendes pakutavad raviteenused töötati välja aastatel 2015—2023 elluviidud programmi „Kainem ja tervem Eesti“ raames. Keskustes saavad tasuta ravi nii ravikindlustusega kui ka ravikindlustuseta täisealised isikud ning sinna võib pöörduda ka otse (pere)arsti suunamiseta (saatekirjata); ravimite eest tuleb ise maksta. Ravi saamiseks peab inimene seda ise tahtma,

[6] 2009—2011 töötas TAI koostöös erinevate osapooltega välja alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise teenuse kontseptsiooni (ALVAL), mille koolitust said tervishoiutöötajatele ja -spetsialistid aastatel 2016—2022 läbida. Alates 2023. aastast korraldab TAI uimastiülese lähenemise koolitusi „Uimastitarvitamise häire varajase avastamine ja lühisekkumine (UVAL)“, mis sisaldab uimastitarvitamise häire teemasid ja praktiliste oskuste õpet. (Tervisekassa 2024, TAI 2025

[7] 2025. a veebruari seisuga on koolituse läbinud u 250—300 perearsti (Eestis praktiseerib üle 700 perearsti) ning u 500 pereõde (u 1500st). Kokku on koolitusel käinud üle 1000 tervishoiutöötaja ja -spetsialisti (sh eriarstid).

[8] Tartus AJK Kliinik ja Tartu Ülikooli Kliinikum, Lõuna-Eesti Haigla, Tallinnas Marienthali Psühhiaatria ja Psühholoogia Keskus, Tervisekeskus Elulootus ja Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Jõhvis Tervisekeskus Corrigo, Narva Haigla, Kuressaare Haigla, Raplamaa Haigla, Valga Haigla, Viljandi Haigla, Pärnu Haigla (Tervisekassa 2025b)

sh prokuratuuri või kohtu kaudu suunamiseks soovi avaldama. (TAI, „Kuhu pöörduda“, Tervisekassa 2025a, Tervisekassa 2025b)

Intervjuust Tervisekassa esindajaga selgus, et keskustes alkoholitarvitamise häire ravi pakkuvad meeskonnad erinevad koosseisult ja võimekuselt ning seetõttu abivõimalused varieeruvad. Meeskonnad on saanud TAI poolt vastava väljaõppe (Tervisekassa 2025b). Klassikaliselt on meeskonnas viis-kuus liiget: (vaimse tervise) õde, psühhiaater, (kliiniline) psühholoog, sotsiaaltöötaja ja juhtumikorraldaja. Kõigis keskustes sarnast võimekust ei ole. Näiteks intervjuude tegemise ajal oli Valgas ainult vaimse tervise õde, kes seda abi pakub – sellisel juhul on Lõuna-Eesti haigla meeskond võtnud ta n-ö oma tiiva alla. Tervisekassa esindaja sõnul ongi järgmisena plaanis, et lepitakse kokku keskustes nn valvering, kellele üksikult ravi pakkuvad spetsialistid teavad vajadusel nõu küsimiseks helistada.

Eriarsti tasandi alkoholitarvitamise häire ravi on põhiliselt ambulatoorne, päevaravi ja mõnes üksikus kohas ka statsionaarne. Esialgse olukorra hindamise teeb juhtumikorraldaja või (vaimse tervise) õde, kes hindab sealjuures patsiendi valmisolekut raviks ning kirjeldab, millest teenus koosneb. Viiakse läbi AUDIT-test ja (vajadusel) teisi vaimse tervise hindamisi. Ambulatoorne ravi kestab 6—12 kuud või kauem ja sisaldab erinevaid teenuseid, mille sisu ja sageduse määrab raviplaaniga psühhiaater vastavalt inimesele ja tema vajadustele (TAI, „Millal pöörduda spetsialisti...“). Ambulatoorne ravi koosneb patsiendile toimetulekuviiside õpetamisest ja kodutöödest; tavapäraselt kohtutakse esimeste kuude jooksul patsiendiga kord nädalas. Patsiendile selgitatakse, et tagasilangused on osa protsessist ja julgustatakse ka selle korral tagasi pöörduma. Statsionaarne ravi on lühiajaline, näiteks väga raske tarvitamistsükli katkestamiseks, kui patsiendil see ambulatoorselt ei õnnestu.

Tartu Ülikooli Kliinikumi psühhiaatriakliiniku sõltuvushäirete keskuses on võimalik saada statsionaarset ravi, mille vajaduse hindab psühhiaater (TÜK, „Sõltuvushäirete keskus“). Sinna võidakse suunata ka teiste, vaid ambulatoorse ravi võimekusega teenusepakkujate juurest. Ka Viljandi Haigla alkoholitarvitamise häirete ravi teenistuse veebilehelt nähtub, et seal on võimalus nii ambulatoorseks kui ka statsionaarseks raviks (Viljandi Haigla, „Alkoholitarvitamise häirete ravi…“). Viimast ei maininud keegi intervjueeritutest. Uuringus osalenud erakorralise meditsiini esindaja teadis, et maakonnahaiglates saab statsionaarset võõrutusravi ehk sinna saab ka joobeseisundis minna, näiteks Võru haiglas (kuigi nt Raplas sellist võimalust ei ole).

Teadlikkus riiklikest raviteenustest

Kõige sagedamini jõutakse intervjueeritud spetsialistidele teadaolevalt alkoholitarvitamise häire ravi pakkujateni alkoinfo.ee ja Tervisekassa veebilehe kaudu, kus on ravivõimalused ja keskuste kontaktid loetletud; ka perearsti soovitusel. Teadlikkus võimalustest abivajajate seas on intervjueeritute hinnangul tõusnud ja tekkinud on järjekorrad. Intervjuudest nende teenuste esindajatega, mis ei ole mõeldud otseselt ainult uuringu sihtrühmale – nt ohvriabi, omavalitsuste sotsiaalteenused, erakorraline meditsiin, kohtunik – jäi mulje, et ravivõimalustest ja nende sisust teatakse vähe. Teadlikkus sõltub konkreetsest isikust ning sellest, kui palju ta on end kurssi viinud ja isiklikke kontakte teenusepakkujatega loonud. Abivajajale pruugitakse osata soovitada pöörduda perearsti või psühhiaatri vastuvõtule, Wismari Haiglasse või kohalikku nn alkokabinetti. Intervjuudest võib järeldada, et paljud

spetsialistid ei tea, et „Kainem ja tervem Eesti“ programmi raames pakutud teenused on jätkuvalt kättesaadavad Tervisekassa alt AHR keskustes.

Vähese teadlikkuse põhjuseks toodi teenusepakkujate endi poolt ühtse info puudumist võimalustest, kust ja millist abi inimene võiks saada ning kuidas töötaja ise saab aidata. Oluline kitsaskoht on ka suur kaadrivoolavus sotsiaalvaldkonnas. Seepärast leiti, et tuleks teatud valdkondades (nt KOVide töötajatele) abivõimaluste infot jagada regulaarselt, nt iga poole aasta tagant. Ilmselt on üks mure ka teenuste kättesaadavuse varieerumine piirkonniti. Näiteks pole AHR keskust uuringu läbiviimise ajal Läänemaal, Hiiumaal ja Lääne-Virumaal[9]. Sageli pole suurel osal sihtrühmast raha, et sõita kaugemale abi saama. Samas võib häbitunne viia ravile kodukohast eemale teise linna, ent see võib pikaajalise ambulatoorse- ja päevaravi puhul kujuneda takistuseks.

Tervishoiuvaldkonnas olevat intervjueeritute teada jätkuvalt teenustele suunamise takistusena tugev stigma – nii näiteks eriarstide seas kui ka EMOs. Kirjeldati, et eriarstid ei pruugi küsida patsientidelt alkoholi tarvitamise harjumuste kohta ning erakorralise meditsiini töötajad ei soovita valdavalt (ka korduval kokkupuutel) samal põhjusel sinna sattunud inimesele lisaks erakorralisele ravile ka uimastitarvitamisele suunatud teenuseid. Tervishoiutöötajad ei tegele sageli patsiendi “müksamisega” tarvitamise vähendamise osas samme tegema ja/või abi otsima, sh kasvõi voldiku jagamise või sõltuvusravi keskuse soovitamise teel (mis võib asuda isegi samas asutuses).

Ravile jõudmist võib takistada ka asjaolu, et ravile saab vaid kainelt. Üks perearst tõi näite patsiendist, kes ei saa üldse ilma alkoholita päeva alustatud, seega lähimas ravikeskuses teda vastu ei võetaks. Ta teadis, et sellisel juhul on võimalus abi otsida tasulist ravi pakkuvatest asutustest, nagu Wismari Haigla Tallinnas, ent see jääb paljude abivajajate jaoks kaugeks ja kalliks.

Muud alkoholitarvitamise häire ravivõimalused

Lisaks eelpool kirjeldatud riiklikult rahastatud ravivõimalustele toimetavad alkoholitarvitamise häire ravi ja/või rehabilitatsiooniga ka mitmed erakliinikud. Mõnel neist on ka Tervisekassaga leping alkoholitarvitamise häire ravi pakkumiseks, näiteks uuringu läbiviimise ajal Tervisekeskus Elulootus Tallinnas, Tervisekeskus Corrigo Ida-Virumaal jt. Teised pakuvad tasulisi raviteenuseid. Näiteks kuni 12-kuuseid grupi- ja individuaalteraapiatel põhinevaid raviprogramme pakuvad Toompargi Vaimse Tervise Keskus ja Sõltuvusspetsialistid (Taastumistreener OÜ) Tallinnas, individuaalset ravi vajadusel lisanduvate paari- või pereseanssidega pakub Sensus Tallinnas, Pärnus ja Paides [10], psühhoterapeutilist ja ravimiravi Sinclair’i meetodil pakub A-Kliinik Tartus, erinevaid teenuseid [11] pakutakse Confido Meditsiinikeskuses jt. Tasulisi teenuseid eelistavad

[9] Intervjueeritud Tervisekassa esindaja mainis, et Rakvere haiglast võib Lääne-Virumaal AHR keskus kujuneda.

[10] Uuringu lõpparuande täiendamisel ilmnes, et Paide kliinik lõpetab tegevuse 2025. aasta septembrist (Sensus, „Paide kliinik..“)

[11] I alauuringu valmimisel oli pakutavate teenuste hulgas ka näiteks grupipõhine programm „Sõltuvusjuhtimise kursus“, lõpparuande valmimisel on sihtgrupispetsiifiliste teenuste seas psühholoogi vastuvõtt sõltuvusprobleemi korral ja kaassõltuvuse nõustaja vastuvõtt. See iseloomustab sihtgrupile pakutavate teenuste kiiret muutlikkust.

intervjueeritute sõnul muuhulgas inimesed, kellele on oluline anonüümsus, näiteks mõjutatuna hirmust juhilubadest ilma jääda.

Üldiselt peaks liigtarvitamise murega inimene iga psühhiaatri juurest abi saama, kuid psühhiaatrite välja- ja täiendõppe maht sõltuvushäirete teemal võib olulisel määral varieeruda (sõltuvushäirete praktikatsükkel on psühhiaatria residentuuris valikuline). Vestlustest uuringus osalenutega kõlas sageli, et sõltuvushäirega inimeste näol ei ole tegemist spetsialistide vaates töötamise mõttes atraktiivse sihtgrupiga ja nendega tegelemine ei ole spetsialistide esimene eelistus.

Illegaalsete uimastite tarvitamisest põhjustatud häirete ravi ja toe võimalused Eestis

Joonis 4. Teenused narkootikumide tarvitamisest põhjustatud häirete korral, riikliku rahastuse ja/või järelevalvega. Allikas: uuringu autorid.

Riiklikul rahastatakse Eestis narkootikumide tarvitamisest põhjustatud häirete korral pikaajalist sõltuvusravi ja järelteenust, lühiajalist võõrutusravi ja opioidisõltuvuse asendusravi. Spetsialistide seas kõige teatum ja hinnatum abivõimalus illegaalsete uimastite tarvitajatele on Viljandi Haigla sõltuvushaigete ravi- ja rehabilitatsioonikeskus, mis pakub erinevaid teenuseid Ida-Virumaal (Narvas, Jõhvis, Sillamäel), Viljandimaal (Jämejalas) ja Tallinnas. Põhiline teenus, mida nimetati ja kuhu soovitakse, on statsionaarne rehabilitatsiooniteenus uimastisõltuvusega täisealistele inimestele. See on ainuke riiklik rehabilitatsiooniteenus Eestis. Teenust korraldab Viljandi Haigla Viljandi ja Sillamäe osakondades ning selle kestus on 5—9 kuud. Selle programmi läbinud saavad osaleda ambulatoorsel rehabilitatsiooniteenusel ehk järelteenusel Tallinnas, Narvas ja Jõhvis. Lisaks on Viljandi Haiglal:

- Kahjude vähendamise teenus (sh mobiilne üksus) Ida-Virumaal;
- Opioidisõltuvuse asendusravi Narvas;
- Tugiisikuteenus narkootikume tarvitavatele inimestele (programm SÜTIK) Sillamäel, Narvas;
- Võõrutusraviteenus Viljandi osakonnas, kestus orienteeruvalt 30 päeva;
- Naloksooni (üledoosi ravim) kasutamise koolitamine nii kahjude vähendamise kui ka ravi- ja rehabilitatsiooniteenuse raames.

Samuti tehakse koostöös prokuratuuriga (viimase suunamisel) psühhiaatrilist eelhindamist. Koostöös Justiitsministeeriumiga võimaldatakse väikeses mahus asenduskaristusteenust, ehkki neid kliente on haigla esindaja sõnul väga vähe, kuna protsess teenusele saamiseks on seaduse vaates keeruline. Kõik teenused on kliendile tasuta (rahastab TAI) ja neid saab abivajaja vabal tahtel suunamiseta, sh näiteks kriminaalhooldaja soovitusel ja kohtuotsuse alusel karistuse asemel.

Intervjuudest selgus, et Viljandi Haigla sõltuvushaigete ravi- ja rehabilitatsioonikeskuse teenused moodustavad selles mõttes terviku, et eesmärk on inimeste seisundi parendamine igas etapis ning ühtlasi järgmistele teenustele pöördumise soodustamine (n-ö nügimine). Kahjude vähendamise väljatöö käigus kutsutakse kahjude vähendamise teenustele n-ö tänavalt inimesi, kes pole võib-olla kunagi mõelnudki kainest elust. Sealt edasi nügitakse neid asendusravile ning kui inimene on valmis pingutama kaine elu saavutamise nimel, jõuab ta võõrutusravile ja rehabilitatsiooniteenusele. Kahjude vähendamise teenust kasutavad intervjueeritute sõnul enamjaolt narkootikume süstivad inimesed ja vene keelt kõnelevad inimesed. Teised jõuavad pigem otse võõrutusravile ja seejärel rehabilitatsiooniteenusele. Viimased lähevad teenustele sageli kellegi soovitusel, sh lähedaste, teiste abi saanute, kriminaalhooldaja, tugiisiku jt.

Viljandi Haigla narkootikumide tarvitamise häire rehabilitatsiooniteenusele jõudmine sõltub haigla esindaja sõnul suuresti ainete turust. Kui 2012. aastal oli peamine klient fentanüüli süstiv vene keelt kõnelev inimene, siis nüüdseks on lisandunud erinevaid teisi aineid tarvitavad eesti keelt kõnelevad inimesed. Kui turule tulid sünteetilised nitaseenid, suurenes tung teenusele üledoosi hirmust. Samuti on viimastel aastatel lisandunud kriminaalhoolduse liberaalsemaks muutumisest n-ö paberiga motiveeritud inimesed ehk inimesi suunatakse karistuse asemel ravile, kui nad seda soovivad.

Ambulatoorset asendusravi opioidide tarvitajatele pakuvad riikliku rahastuse toel (ehk teenuse saajale tasuta ka ravikindlustuse puudumisel) veel mitmed teised haiglad ja erakliinikud, nt Tallinnas Lääne-Tallinna Keskhaigla psühhiaatriakeskus, ReCuro kliinik, Wismari Haigla, Tervisekeskus Elulootus, Ida-Virumaal Tervisekeskus Corrigo, Aasa kliinik, Narva Sõltuvuste Ravi Keskus ja Tartu Ülikooli Kliinikumi sõltuvushäirete keskus (TAI, „Sõltuvusravi, sh opioidisõltuvuse…“). Asendusravi kujutab endast metadooni manustamist igapäevaselt ja selleks peab patsient käima haiglas kohapeal. Mingis mõttes on tegemist kahjude vähendamisega, sest siis tarvitab patsient kontrollitud keskkonnas ja vähem või ei tarvita üldse tundmatu päritoluga illegaalseid uimasteid. Ravi eesmärk ei pruugi sageli olla metadoonist loobumine. Samas loob see võimaluse pakkuda patsiendile teisi kohapeal olemasolevaid teenuseid, nagu vaimse tervise õe või psühholoogi vastuvõtt või kogemusnõustamine, ning tutvustada ja nügida teda osalema mõnes pikaajalises ravi- ja/või rehabilitatsiooniprogrammis tarvitamise lõpetamise eesmärgil. Intervjuudest saime teada, et vähesed asendussravi saajad liiguvad edasi statsionaarsele rehabilitatsiooniteenusele.

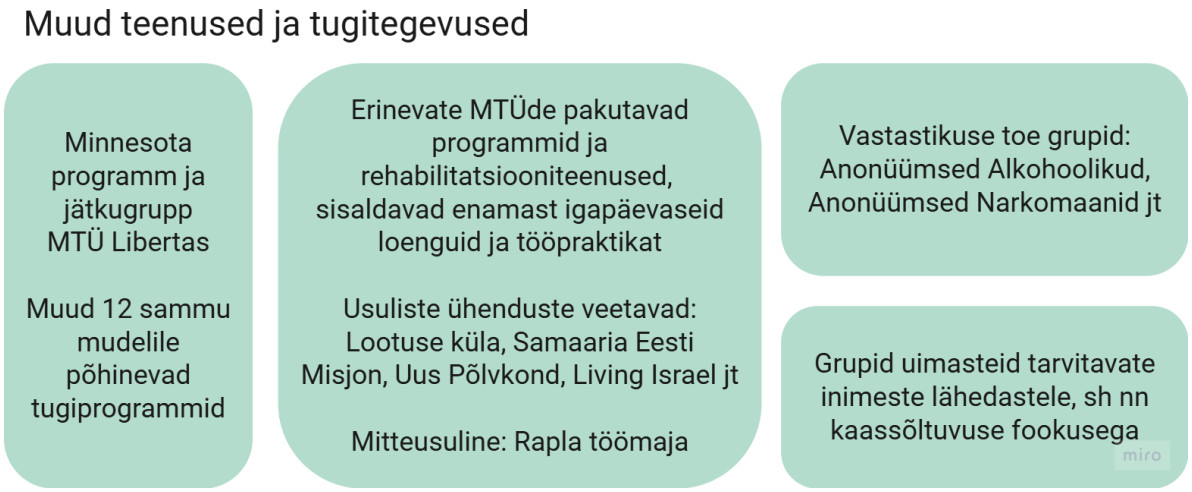
Kanepit tarvitavatele inimestele on TAI ja MTÜ Peaasjad Nõustamine poolt ellu kutsutud lühisekkumine VALIK, mille raames saavad nõustamisteenust kerge kuni mõõduka tarvitamise puhul vähemalt 17-aastased isikud. Programm koosneb 1—6 kohtumisest, mille eesmärk on tarvitamise vähendamine või lõpetamine, ning sellele tuleb end ise veebis

registreerida. Programmis osalemine on kõigile abivajajatele tasuta. (TAI, „Nõustamisprogramm kanepitarvitajatele…“, Peaasjad, „Nõustamine kanepitarvitajatele“)

Keeruline on leida teavet selle kohta, kas ja kellelt veel saavad illegaalseid uimasteid tarvitavad inimesed abi riiklikus süsteemis. Sama probleem ilmneb ravimite mittenäidustatud moel tarvitamisest tingitud häirete puhul. Põhimõtteliselt saab sarnaselt alkoholi tarvitamise häirega ka teiste uimastite puhul pöörduda perearstile ja eriarstile. Intervjueeritud perearstid kirjeldasid, et pigem ei oska illegaalsete uimastite tarvitajaid nõustada, vaid määravad e-konsultatsiooni ja/või suunavad psühhiaatri vastuvõtule. Küll rõhutasid perearstid sõltuvuspotentsiaaliga retseptiravimite liigse tarvitamise probleemi – olles teadlikud, et paljud patsiendid tarvitavad uinuteid ja rahusteid –, ning mõni perearst on mures, et võib soodustada retsepti pikendades sõltuvuse väljakujunemist. Avaldati arvamust, et tervishoiusüsteemi sees on illegaalsete uimastite osas levinud seisukoht, et „me ei oska ega saa midagi teha“; ning et eriti perearstide seas on teadlikkust ja teadlikku suunamist vähe. Eriti ollakse hädas ka kanepit tarvitavate inimeste abistamise ja kanepipsühhoosidega.

Narkootikumide tarvitajatele pakutakse abi tasulistes erakliinikutes, mis pakuvad sarnast ravi nii alkoholi kui ka muude uimastite tarvitamisest põhjustatud häiretega inimestele. Näiteks Tallinnas Toompargi Vaimse Tervise Keskuses pakutakse 12 sammu mudelile põhinevad ravi- ja rehabilitatsiooniprogramme „Kaine elu“, „Tasakaalus elu“ ja ravijärgne tagasilanguse ennetuse programm (sarnaseid programme pakuvad osaliselt samad spetsialistid ravi- ja rehabilitatsioonikeskuses Sõltuvusspetsialistid). Samuti on Wismari Haigla teenused ja Confidos pakutav individuaalne nõustamine ja grupikursus[12] näidustatud erinevate uimastite sõltuvuse korral.

Muud teenused



Joonis 5. Muud teenused uimastitarvitamise häire korral, valdavalt puudub riiklik järelevalve. Nn. kaassõltuvuse all peetakse silmas lähedaste suhtlemis- ja käitumismustreid, mis (tahtmatult) aitavad kaasa sõltuvuskäitumise püsimisele. Allikas: uuringu autorid.

Samuti pakuvad uimasteid tarvitavatele inimestele erinäoliseid (rehabilitatsiooni)teenuseid ja tugitegevusi erinevad MTÜd. Nende puhul ei ole tegu tervishoiuteenuse korraldamise

[12] Lõpparuande valmimisel antud kursus Confido pakutavate teenuste seas enam ei ilmnenud.

seadusele põhineva tegevusega ning valdavalt puudub riiklik järelevalve. Vestlustest spetsialistidega käisid läbi sellised asutused nagu Vaimse Tervise Keskus Libertas Tallinnas ja Tartus, Lootuse küla Harjumaal, Töömaja Raplamaal, „Living Iisrael" Tallinnas, Samaaria Eesti Misjon Haapsalus ja Pärnus, Uus Põlvkond Ida-Virumaal jt. Mitmed neist on kristlikud organisatsioonid. Üle Eesti on neis kokku üle 350 voodikoha – sageli on keskkonnavahetus just see, mida tarvitamise häirega inimesed vajavad. Rehabilitatsiooniteenustel osalemist võib sissetuleku puudumisel toetada omavalitsus läbi olemasolevate sotsiaaltoetuste (nt eluruumi tagamise teenus, toimetulekutoetus). Usulise suunitlusega asutusi ühendab SA Avatud Lootuse Fond, mis edendab kristliku rehabilitatsioonitööd ja asutuste vahelist koostööd. Fondi töötajad tutvustavad regulaarselt Tallinna kainestusmajas sealsetele klientidele vestluste käigus ja voldikute jagamise teel abivõimalusi.

Vaimse Tervise Keskus Libertas viib läbi Minnesota programmi alkoholi, narkootikumide ja ravimite tarvitajatele, mis põhineb 12-sammulises programmil ja kognitiivkäitumuslikul teraapial. Võimalus on osaleda 3-kuulises, 6-kuulises ja 12-kuulises programmis. Igale osalejale koostatakse individuaalne teraapiakava, mida uuendatakse vastavalt vajadusele pidevalt. Programm koosneb regulaarsetest rühma- ja individuaalse teraapia seanssidest, loengutest jm tegevustest. Programmi viivad läbi vastava koolituse läbinud kogemusnõustajad, loovterapeudid ning psühholoogid. Lisaks on programmi läbinutel võimalik osaleda jätkugrupis, et toetada tervenemist.[13] Libertase esindaja sõnul kasutatakse nende programmides sarnaseid metoodikaid Viljandi rehabilitatsiooniprogrammile, aga Libertas ei ole kinnine kohapeal elamisega asutus, nii et raskematel juhtudel võidakse suunata abi otsima Viljandisse.

Kristlikel väärtustel põhinev Lootuse Küla pakub kohapeal elamisega rehabilitatsiooniprogrammi uimastisõltuvusega inimestele, mille eesmärk on võõrutamine, rehabiliteerimine ja abistamine tavaühiskonda naasmisel. Sealse üsna range režiimiga programmi osa on igapäevane tööpraktika (5h) ning õppetöö. Kogu programmi pikkus on kolm aastat. On veel teisigi sarnastel põhimõtetel ülesehitatud programme, nt Samaaria Eesti Misjon MTÜ ja (mitte usuline) Raplas asuv MTÜ Töömaja.

Kirjeldatud rehabilitatsiooniteenustele jõutakse peaasjalikult läbi sotsiaalsüsteemi ehk läbi Töötukassa (tööalase rehabilitatsiooni raames) ning koostöö kohalike omavalitsustega, kes maksavad teenuse kinni, aga ka kohtu suunitlusel karistuse asemel või karistuse vähendamise tingimusena. Samuti suunatakse nendele teenustele teistelt sarnastelt teenustelt või raviteenustelt.

Täiendava abivõimalusena pakutakse ja soovitatakse erinevaid tugigruppe – näiteks anonüümsed alkohoolikud (AA), anonüümsed narkomaanid (AN), sarnased tugigrupid erinevate MTÜde ja asutuste juures (näiteks LUNEST MTÜ, Sõltuvusspetsialistid, Libertas jt), ning tugigrupid uimasteid tarvitavate inimeste lähedastele[14]. Vähemalt AA ja AN tugigruppidesse on oodatud kõik, kel on soov hoiduda tarvitamisest. Tugigruppidel võib, aga

[13] Libertas pakub ka programmi alaealistele, mis põhineb samuti grupi- ja individuaalnõustamisel. Sinna jõuavad tarvitamise ja muude probleemidega noored alaealiste sotsiaalharidusprogrammi, lastekaitse ja politsei kaudu (Tartus).

[14] Sageli kirjeldatakse lähedastele suunatud gruppide ja toe fookusena tegelemist nn kaassõltuvusega, mille all peetakse silmas lähedaste suhtlemis- ja käitumismustreid, mis (tahtmatult) aitavad kaasa sõltuvuskäitumise püsimisele.

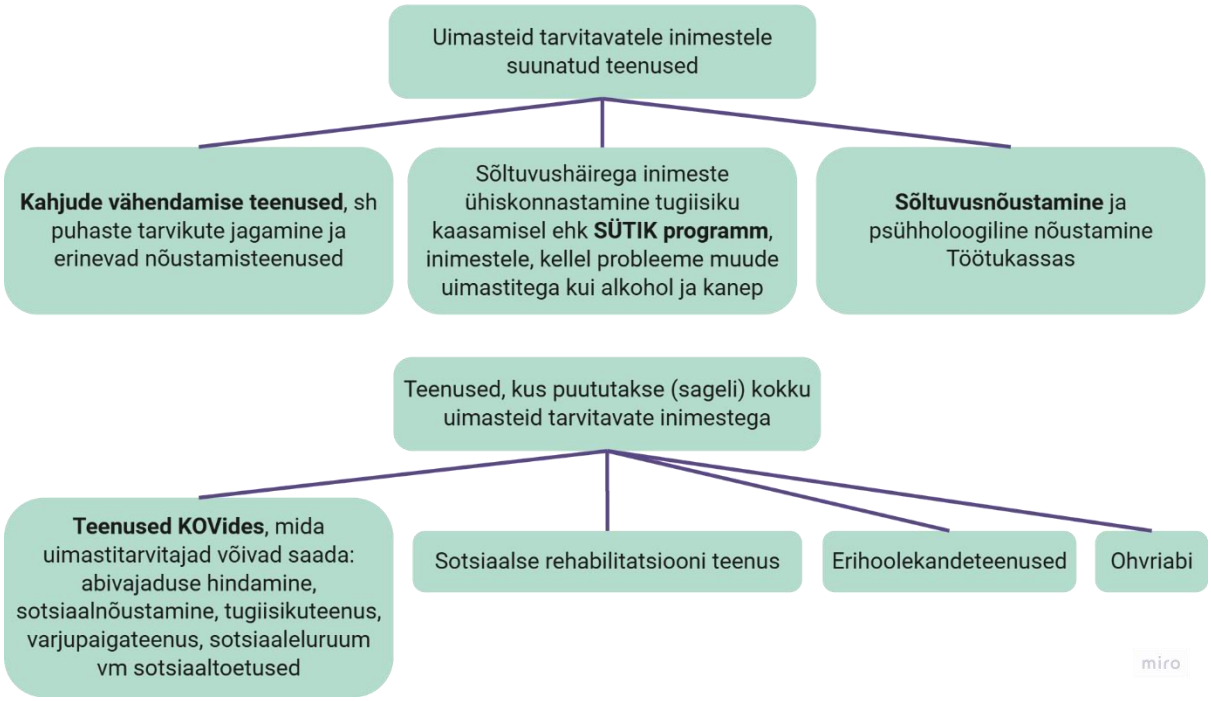
ei pruugi olla funktsioon inimesi nn nügida abi otsima näiteks ravi- ja rehabilitatsiooniteenustelt.

Intervjuudest ilmnes, et erinevate teenuste kättesaadavusest ja sisust teavad rohkem uimasteid tarvitavatele inimestele mõeldud teenuste pakkujad ja vahendajad (nt tugiisikuteenus, tugigrupid, kogemusnõustamine, kriminaalhooldus) kui eri tasanditel töötavad tervishoiuteenuste osutajad, sotsiaalteenuste osutajad ja õigusvaldkonnas tegutsejad, kelle teenused on suunatud laiemale sihtgrupile.

Lisaks on asutusi, kus pakutakse inimestele tarvitamishäire korral tasulisi teenuseid, mis ei lähtu tõenduspõhistest meetoditest, põhinedes platseeboefektil või hirmutamisel – näiteks hüpnoteraapial põhinev kodeerimine (nt Uus Laine Kliinik, MTÜ Õnneklubi, Kordamed). Mõnel puhul pakutakse erameditsiiniasutustes paralleelselt nii platseeboefektil põhinevaid ravivõtteid (blokeeriv ravi, laserkodeerimine) kui ka kirjelduse põhjal tõenduspõhiseid tegevusi (nt alkoholi liigtarvitamise nõustamine), mis hägustab sobilike sekkumise maastikku abivajaja jaoks veelgi. Ravijuhend („Alkoholitarvitamise häirega patsiendi käsitlus“, 2021) annab soovituse platseeboefektil põhinevaid ravivõtteid mitte kasutada. Patsientide eelistusi ja väärtushinnanguid silmas pidades mööndakse, et see võib mõningatel patsientidel tõenduspõhise ravi toetusena aidata tarvitamise vähendamisel või loobumisel. Siiski on sellistel puhkudel oluliseks murekohaks küsimus, kas tõenduspõhine ravi selleks kvalifitseeritud spetsialisti poolt on tagatud.

Sotsiaalteenused

Sotsiaalteenused uimasteid tarvitavatele inimestele



Joonis 6. Sotsiaalteenused uimasteid tarvitavatele inimestele. Allikas: uuringu autorid.

Sotsiaalteenustest otseselt uimastitarvitajatele on suunatud tugiisikuteenus SÜTIK programmi raames ja kahjude vähendamise teenused ning Töötukassa kaudu sõltuvusnõustamine. Sotsiaalteenuseid ja -abi võivad uimastite tarvitamise häirega inimesed

saada kohalikust omavalitsusest (edaspidi ka: KOV) nagu iga teinegi abivajaja. Samuti puutuvad sihtgrupiga kokku sotsiaalse ja tööalase rehabilitatsiooni teenuse pakkujad, erihoolekande teenuste osutajad ning pigem kaudselt ka ohvriabi töötajad.

Kõige n-ö madalama lävepakuga on kahjude vähendamise teenused kahjude vähendamise keskustes (ka mobiilsed üksused), kus jagatakse puhtaid tarvikuid. Selle eesmärk on kahjude vähendamine nii inimestele (et nad saaksid kasutada puhtaid tarvikuid ja väldiksid haigusi) kui ka väliskeskkonnale. Kahjude vähendamise keskuses on kohapeal ka nõustajad, mõnes kohas ka tugiisikud, kogemusnõustajad, sotsiaaltöötajad, kes saavad aidata nii kahjude vähendamise nõuga kui ka muude muredega. Näiteks võib kahjude vähendamise keskusest saada abi erinevate toetuste taotlustega, tööotsinguga, võlgadega (nt inkassoga suhtlemisel) ning ka sõltuvusnõustamist, sh erinevate ravi- ja rehabilitatsioonivõimaluste osas. Kahjude vähendamise keskusesse saab tulla igaüks – käivad nii tarvitajad, kes ei tahagi loobuda, kui ka tarvitajate lähedased, mures lapsevanemad, aga ka inimesed, kes jõuavad nõustamisele sotsiaalosakonna, politsei ja kriminaalhooldaja suunamisel kohustuslikus korras. Kahjude vähendamise teenuseid pakuvad käesoleva uuringu läbiviimise ajal Kohtla-Järvel MTÜ Me aitame Sind, Narvas SA Viljandi Haigla, Tartus ja Rakveres apteekides, Tallinnas, Maardus, Rakveres MTÜ Convictus Eesti (ja mobiilne üksus Tallinnas, Harjumaal, Tartus ja Pärnus), Tallinnas MTÜ Pealinna Abikeskus, Paides MTÜ Kahjude Vähendamise Keskus ja ka MTÜ Ööhaldjad ööelu üritustel üle Eesti.

SÜTIK ehk sõltuvushäirega inimeste ühiskonnastamine tugiisiku kaasamisel on suunatud inimestele, kes tarvitavad muid uimastiteid kui alkohol ja kanep. Tugiisik teeb individuaalset nõustamist ja pakub kliendile erinevaid soovitusi, mis teenuseid ta võiks saada ja millest talle võiks abi olla. Tugiisikud võivad käia kliendile moraalseks toeks kohtumistel kaasas. Intervjuust spetsialistidega selgus, et kuivõrd paljudel tugiisikutel on tarvitamise kogemus, on usaldussuhe hõlpsam tekkima, kui perearsti või kriminaalhooldajaga. SÜTIK teenusele jõutakse näiteks vanglast tingimisi vabanedes vangla kontaktisiku kaudu, kriminaalhooldaja kaudu või ka prokuratuuri või kohtu suunamisel karistuse asemel, vahel isegi tööandja julgustusel. SÜTIK programmi tugiisikute teadlikkus erinevatest abivõimalustest on pigem hea, koostööd tehakse Töötukassaga, kahjude vähendamise teenuste pakkujatega, asendusravi asutustega, tugigruppidega, vanglatega, aga ka nakkusravi osakondade ja HIV-positiivsete võrgustikega, võlanõustajate ja muudegi teenustega. SÜTIK programmi pakuvad uuringu läbiviimise ajal uuringu MTÜ-d Convictus Eesti, LUNEST, Johannes Mihkelsoni Keskus ja SA Viljandi Haigla Harjumaal, Lääne-Virumaal, Ida-Virumaal ja Tartumaal.

Kui inimene on neid taotlenud, siis SKA kaudu võib ta saada sotsiaalse rehabilitatsiooni teenust ja Töötukassa kaudu psühholoogilist ja/või sõltuvusnõustamist. Neid pakuvad erinevad teenusepakkujad üle Eesti ja enamjaolt inimene valib nimekirjast ise endale teenusepakkuja, vahel soovitab ametnik või konsultant konkreetset teenusepakkujat.

Töötukassa kaudu võib uimastite tarvitamisest tingitud probleemiga inimene oma konsultandi suunamisel saada sõltuvusnõustamist (vahel ka lisaks või hoopis psühholoogilise nõustamise teenust). Võib ka olla, et Töötukassa konsultant ei ole uimastite tarvitamisest teadlik ja see selgub psühholoogilisel nõustamisel. Kui psühholoogil on sõltuvusnõustamise läbiviimise pädevused, saab ta inimest adekvaatselt ka selle teenuse raames aidata. Sõltuvusnõustamist saab abivajaja 10 akadeemilist tundi. Intervjuus

teenuspakkujaga toodi esile, et sellest jääb väga tihti väheks. Varasemalt oli teenuse kestus üks aasta ja olevat olnud võimalus taotleda lisatunde; nüüd on kestus pool aastat ja lisatunde ei ole võimalik taotleda. Küll aga saab (vähemalt osades piirkondades) sõltuvusnõustamise teenuse järel psühholoogilise nõustamise teenust (või vastupidi), et teekonda jätkata.

Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse määrab SKA töötaja inimesele, kel on raskusi igapäevaeluga toimetulekul, eesmärgiga saavutada võimalikult iseseisev elamine. Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenus kätkeb erinevate spetsialistide teenuseid – sh sotsiaaltöötajad, psühholoogid, kogemusnõustajad, logopeedid, arstid. Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenust pakutakse ka väljatööna – inimese kodus või erihoolekandeasutuses. Intervjueeritud teenusepakkuja hindas, et ligi veerand (sotsiaalse ja tööalase rehabilitatsiooni) klientidest kogevad uimastite tarvitamisest põhjustatud probleeme. Sotsiaalse rehabilitatsiooni meeskond saab teha uimastitarvitamise ja sõltuvushäirete teemal psühhoharimist. Raviga tegelevad tervishoiutöötajad ja vajadusel soovitatakse psühhiaatri vastuvõtule pöördumist.

Otseselt uuringu sihtgrupile suunatud teenuseid kohalikud omavalitsused ei paku, aga neid võib aidata selliste teenuste olemasolul näiteks varjupaigateenus ja tugiisikuteenus ning erinevad rahalised toetused. Kui isik on sattunud omavalitsuse töötaja vaatevälja (kas ise pöördudes või on temast märku andnud mõni asutus või inimene), siis tehakse talle omavalitsuse sotsiaaltöötaja poolt abivajaduse hindamine ja selle alusel ettepanek teenuste kohta, mida omavalitsus saab pakkuda. Koostatakse tegevuskava, kuhu pannakse kirja, mille jaoks ja millist abi inimene vajab. Sotsiaaltöötaja – või tugiisik, kui inimene KOVilt tugiisiku teenust saab – soovitab oma teadmiste kohaselt abivõimalusi. Need võimalused sõltuvad suuresti soovitaja teadlikkusest erinevate teenuste olemasolu ja sisu kohta. Intervjuude põhjal tekkis tunnetus, et kõiki enda omavalitsuse piirides pakutavaid teenuseid ei pruugita teada. See ilmestab suurt vajadust regulaarse teabejagamise järele uimastitarvitajatele suunatud teenustest. Küll aga tõstatus läbivalt murekohana vaimse tervise spetsialistide puudulik kättesaadavus – vähe spetsialiste, pikad järjekorrad ja kallid hinnad.

Varjupaigateenus on üks KOVi (mitte kõigis) võimaldatav teenus, mis on sisuliselt öömajata jäänud inimestele ööks voodikoha pakkumine. Uuringu käigus vesteldi KOVi töötajaga, kes varjupaigateenust määrab, ning selgus, et suurem osa teenusesaajatest tarvitavad alkoholi või muid uimasteid. Kui inimene tuleb varjupaika üheks ööks, siis sotsiaaltöötaja temaga kokku ei puutu, aga kui vajatakse ööbimisvõimalust pikemaks perioodiks, tuleb tal teha KOVI sotsiaalosakonda vastav avaldus. Seejärel hindab sotsiaaltöötaja vestluse käigus inimese abivajadust ja selle põhjuseid ning lepib temaga kokku varjupaigas elamise perioodi. Sotsiaaltöötaja hoiab inimesega kontakti ning viib läbi sotsiaalnõustamist, pakub ja soovitab teenuseid, näiteks alkoholitarvitamise häire ravi võimalusi ja/või sotsiaalelupinda. Varjupaigateenust saavad pikaajaliselt ainult KOVi elanikud, muudel juhtudel võetakse ühendust sissekirjutusepõhise KOVi sotsiaaltöötajaga, kes saavad inimest edasi aidata.

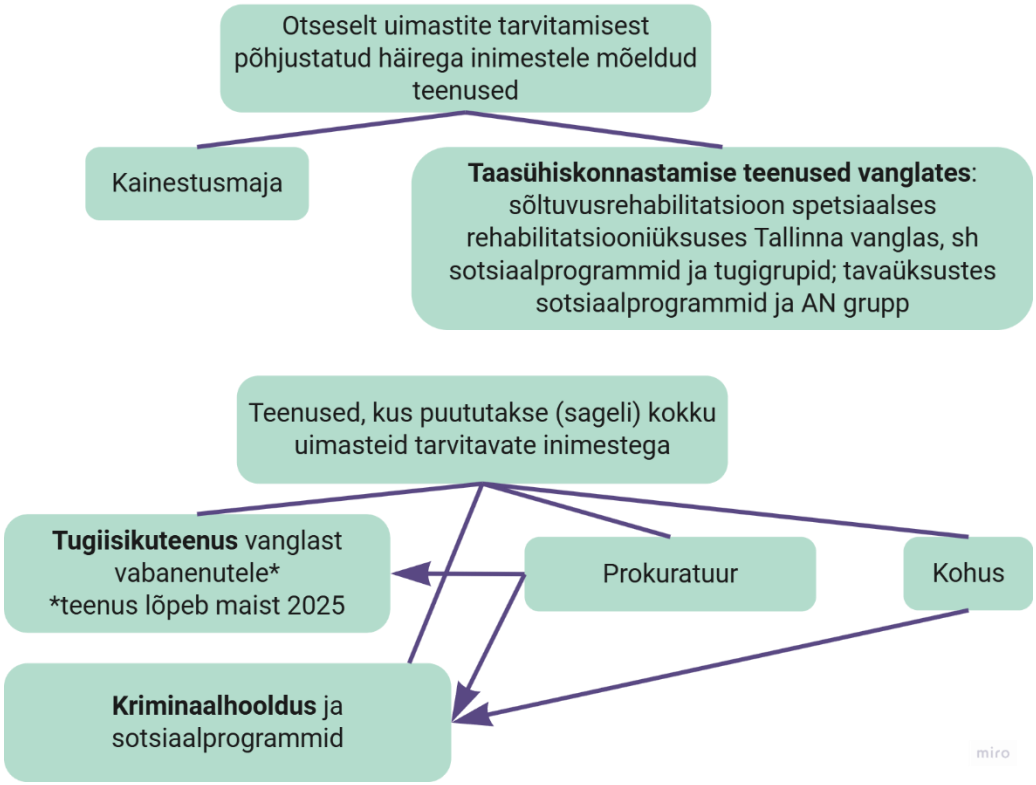
Erihoolekandeteenusel on intervjueeritud teenusepakkuja sõnul temaatika eriti aktuaalne – on märgatud, et viimasel ajal jõuab teenustele üha rohkem uimasteid tarvitavaid inimesi. Tarvitavate ainete spekter klientide seas on lai – tarvitatakse alkoholi, narkootilisi aineid, manustatakse ravimeid mitte ettenähtud koguses või otstarbel. Erihoolekandeteenus ei ole mõeldud uimastite tarvitajatele ning töötajatel (tegevusjuhendajatel) ei ole uimasteid tarvitavate või sõltuvushäirega inimestega tegelemise pädevust. Uimasteid tarvitavate

klientidega tegelemine võtab suure aja tegevusjuhendaja tööst, nii et teised teenusesaajad kannatavad selle võrra. Erihoolekandeteenusel viibivad isikud saavad kasutada ka rehabilitatsiooniteenuseid, aga need ei ole alati kättesaadavad ning intervjueeritu kogemusel ei pruugi ka rehabilitatsioonimeeskondades olla piisavat pädevust sõltuvushäirega inimese abistamiseks.

Kõige piiratumaid abistamisvõimalusi tajuvad ohvriabi töötajad, ehkki kaude on tarvitamisega kokkupuude suur. Enamasti tarvitab uimasteid ohvriabi kliendi laps või kaaslane. Klient suunatakse teenusele läbi SKA hindamise ja talle pakutakse traumast taastumist toetavaid teenuseid: psühholoogi, psühhiaatri, psühhoterapeudi abi. Enamasti vajavad kliendid juriidilist abi, mispuhul suunatakse HUGO.legali teenusele. Võimalustest, kuidas uimastite tarvitajaid abistada, teadis intervjueeritu üsna vähe – teadlikkus võib siinkohal sõltuda paljuski kohalike teenuste kättesaadavusest ja konkreetse töötaja varasematest töökogemustest.

Õiguskaitsesüsteemi abivõimalused

Õiguskaitsesüsteemi abivõimalused uimasteid tarvitavatele inimestele



Joonis 7. Õiguskaitsesüsteemi abivõimalused uimasteid tarvitavatele inimestele. Allikas: uuringu autorid.

Uuringu sihtrühmale suunatud abivõimalused õiguskaitsesüsteemis on eeskätt taasühiskonnastamise ja rehabilitatsiooniteenused vanglates, kriminaalhooldus ja tugiisikut võimaldavad programmid – nii eelpool kirjeldatud SÜTIK kui ka tugiisiku teenus vanglast vabanenutele. Ka kainestusmaja teenus on PPA (Tallinnas) või vanglateenistuse korraldada. Prokuratuuri ja kohtu roll sihtgrupi abistamisel on erinevate siin nimetatud teenuste ja eelpool kirjeldatud tervishoiu-, sotsiaal- ja muude teenuste määramine vastavalt kokkulepetele õigusrikkuja ja /või tema kriminaalhooldajaga.

Kainestusmajja tuuakse joobes inimese politsei poolt. Kui inimene ei vaja erakorralist meditsiinilist abi, saab ta kainestusmajas end kaineks magada, vajadusel pesta ja koostöös Punase Ristiga puhtad riided selga. Tallinna kainestusmajas pakutakse koostöös linna ja Avatud Lootuse Fondiga ka nõustamist sõltuvusprobleemidest vabanemiseks. Inimesele tutvustatakse abivõimalusi, sh näiteks Lootuse küla rehabilitatsiooniprogrammi või Viljandi Haigla programmi. Kainestusmajas on ka infovoldikud abivõimaluste kohta, mida klientidele jagatakse. Kui inimese seisund nõuab, võidakse ta kainestusmajast ka psühhiaatriahaiglasse viia (kainestusmajas on kohapeal meditsiinitöötaja). Sageli kainestusmajja sattunute osas on kohustus isikuandmed edastada KOVi sotsiaalosakonda.

Justiitsministeeriumi (JuM) toel pakutakse vanglast vabanenutele tugiisikuteenust, mis kestab keskmisest 6—8 kuud, aga võib toimuda ka lühemalt ja pikemalt (paar kuud kuni poolteist aastat). Uuringumeeskonnale teadaolevalt rahastati teenust kuni 2025. a aprilli lõpuni. Teenusele suunatakse vanglast vabanenud (võib ka ise pöörduda, kui ei suunata), kriminaalhooldaja kaudu või tingimisi vabanenud (määratakse tingimuseks näiteks kohustus osaleda sõltuvusravis ja tugiisikuteenusel). Tugiisikuteenus saab tegelikult alguse juba vanglas viibimise ajal, et luua usalduslik suhe. Intervjueeritute hinnangul on keerulisem tagada usaldusliku suhte loomiseks piisavat aega neil juhtudel, kui tugiisikuteenuse pakkumiseks peab ära ootama ennetähtaegse vabanemise otsuse jõustumise.

Tugiisikuteenusel toetutakse CARe metoodikale – jälgitakse kaheksat eluvaldkonda, millest valitakse paar, millele keskenduda, nt elukoht, tervis, töö jne. Kui inimene tarvitab uimasteid, siis keskendutakse ka sellele – pannakse aeg vaimse tervise õe või psühhiaatri vastuvõtule. Uuringus osalenud teenuseosutaja teada on uimastisõltuvuse korral võimalik saada uimastite tarvitamise häire päevaravi haiglates Lõuna-Eestis Tartus, Võrus ja Viljandis. Samuti osatakse soovitada usulise suunitlusega teenuseosutajaid, nagu Lootuse Küla, Töömaja, AA ja AN gruppe. Võidakse soovitada VALIK-programmi, Töötukassa kaudu kogemusnõustaja teenust, SKA kaudu sotsiaalse rehabilitatsiooni teenust ja ka erakliinikuid, kui näiteks vangla poolt soovitatud raviasutus mingil põhjusel ei sobi. Tugiisikuteenuse tõhususe hindamise aluseks on rahastaja (JuM) poolt tööturule sisenemise määr ja korduvkuritegude arv. Uuringust osalenud teenuseosutaja nimetas aga ka olulise näitajana lisaväärtuse loomist kliendile – nt sõltuvushäire kontrolli alla saamine, raviskeemi järgimine, korras peresuhted, edukas õpingute jätkamise, elukoha olemasolu jms.

Kriminaalhooldusele suunatakse inimene prokuratuurist, kohtust või vanglast ehk karistuse asemel või karistuse vähendamise tingimusena. Sageli määratakse kriminaalhooldus kombineeritult uimastite tarvitamise häire ravil osalemise kohustusega. Kui ravikohustust ei ole määratud, siis kriminaalhooldajad siiski sageli julgustavad ravile pöördumist. Kriminaalhoolduse teenistusel on ka oma sotsiaalprogramm „Eluviisi treening“, mida uimastitarvitamisest põhjustatud häirega kinnipeetavatele võimaldatakse nii vanglas kui ka selle järgselt. Programmi sisu on teadlikkuse tekitamine uimastitest, tarbimisharjumustest ja mõjudest. Kriminaalhooldajad on üsna teadlikud erinevatest eelkirjeldatud ravi-, sotsiaal- ja rehabilitatsiooniteenustest ning koostöö nendega on aktiivne ja sujuv.

Vanglate taasühiskonnastamise teenused uimastisõltuvusega isikutele spetsiaalses rehabilitatsiooniüksuses (Tallinna vanglas) on sõltuvusrehabilitatsiooni teenus, sotsiaalprogrammid (Eluviisi treening, Usk ja teadmine, Igapäevane valik) ning tugigrupid

tagasilanguse ennetamiseks. Sõltuvusrehabilitatsiooni teenuse näol on tegemist aktiivse ja pikaajalise programmiga, mida veel jätkuvalt täiendatakse ja täiustatakse (kontseptsioon on veel kinnitamata). Tavaüksuses on lai valik sotsiaalprogramme (nt tegelemaks agressiivsuse, perevägivallaga, pakutakse ka nt Eluviisi treeningut), mida saab tarvitamishäirega inimene ka siis, kui ta pole sõltuvusrehabilitatsiooni üksuses, ja AN grupp.

Tallinna vangla sõltuvusrehabilitatsiooni üksusesse saab suunata kinnipeetavaid üle Eesti. Piirkonnavanglatel on kasutada hindamismaatriks, mille abil vangi kontaktisik saab hinnata teenuse vajadust, sh küsimused nagu kas on diagnoositud sõltuvushäire, kas on tarvitanud uimasteid süstides jne. Kui kinnipeetav saab täisskoori (120), siis kvalifitseerub ta sõltuvusrehabilitatsiooni üksusesse; seal hinnatakse lisaks inimese motivatsiooni. Kui motivatsiooni pole, jätkab tavaüksuses. Kui inimene ei saa maksimaalset skoori, kuid soovib teenuses osaleda, saab ta soovist kontaktisikule teada anda. Sõltuvusrehabilitatsiooni teenuse tingimuseks on ka karistuse pikkus vähemalt 1,5 aastat (kuna tegu on pika programmiga); ei tohi tarvitada metadooni ega psühhotroopseid aineid (v.a kui näidustatud).

Prokuratuuri kaudu jõuavad õigusrikkujad teenustele peamiselt kahel viisil. Ühe võimalusena saab prokuratuur taotleda kohtult menetluse lõpetamist koos sotsiaalprogrammis osalemise ja aasta vältel tarvitamisest hoidumise tingimusega, juhul kui kuritegu on kergem: inimene pole tegelenud edasimüümisega ning tunnistab ise sõltuvust ja valmidust abi vastu võtta. Menetluse lõpetamisega ei teki märget ka karistusregistrisse, samas võidakse kohustuste rikkumise korral menetlust uuesti alustada.

Ainus sotsiaalprogramm, kuhu prokuratuur praegu menetluse lõpetamisel suunab, on SÜTIK, sest prokuratuurile pole teada teisi sobivaid variante. SÜTIKu teenusel omakorda hinnatakse, kui raske tarvitamishäirega on tegemist ning millist tuge inimene vajab – edasi võidakse suunata näiteks rehabilitatsiooni Viljandi Haiglasse või nõustamisele. Üks puuduseid on prokuratuuri hinnangul, et seeläbi tekib õigusselgusetu olukord – õigusrikkuja võtab endale kohustuse läbida teenused, mille täpne sisu pole veel kohustuse võtmise ajal selge. Ravivajadust võiks intervjueeritute arvates seega saada hinnata enne (näiteks vabatahtlikult SÜTIKus), kui sekkumine kohtus määratakse.

Samuti osutati intervjuudes takistusele, et menetluse lõpetamine SÜTIKusse suunamise tingimusega on prokuratuurile aja- ning töömahukas, eriti kohustuste täitmise kontroll ja menetluse uuendamise protsess. Viimase puhul on keeruline see, kui eelmise ülekuulamise andmed on aegunud ning SÜTIKusse suunamise võimaluse tagamiseks peab prokurör jälgima, et sõltuvushäire olemasolu inimese uutest ütlustest kohtule piisavalt ilmne paistaks. Nimelt saab seaduse järgi programmiga karistust asendada sõltuvushäirega inimese puhul. Samas pole istungite käigus võimalik häiret tuvastada ning sõltuvushäire tuvastamise pädevust pole ka prokuröril. Ühe lahendusena võidakse taotlustes kasutada paindlikumat sõnastust (nt „tarbimisharjumus”). Seejuures tajuti täiendavaid ülekuulamisi üleliigsena, sest üldjuhul sõltuvushäire lühikese aja jooksul ära ei kao.

Juhul kui kuritegu on tõsisem – kas on tegu korduvrikkumise või narkootikumide edasimüümisega – ja menetlust lõpetada ei saa, võib prokurör kokkuleppemenetluse tingimusena määrata käitumiskontrolli koos kriminaalhooldusega. Kriminaalhooldus omakorda võib sisaldada erinevaid ravi- ja sotsiaalprogramme, näiteks nimetati intervjuus SÜTIKut, Viljandi Haigla ja Wismari teenust. Sobiva teenuse valib inimene koostöös

kriminaalhooldajaga. Intervjueeritud rõhutasid, et kõigi sätete kohaldamisega peab inimene ise nõus olema.

Lisaks eelkirjeldatud kahele peamisele variandile on seaduse järgi teisigi võimalusi õigussüsteemist inimesi teenusele suunata, näiteks vangistuse asendamine raviga ja karistusjärgne käitumiskontroll, kuid intervjueeritute kogemuses neid praktikas ei rakendata. Samuti nimetas prokurör ennetusprogrammi Puhas Tulevik, kuhu suunab politsei esmakordse narkosüüteo toime pannud alaealisi.

2.2. Teenuste omavaheline koostöö

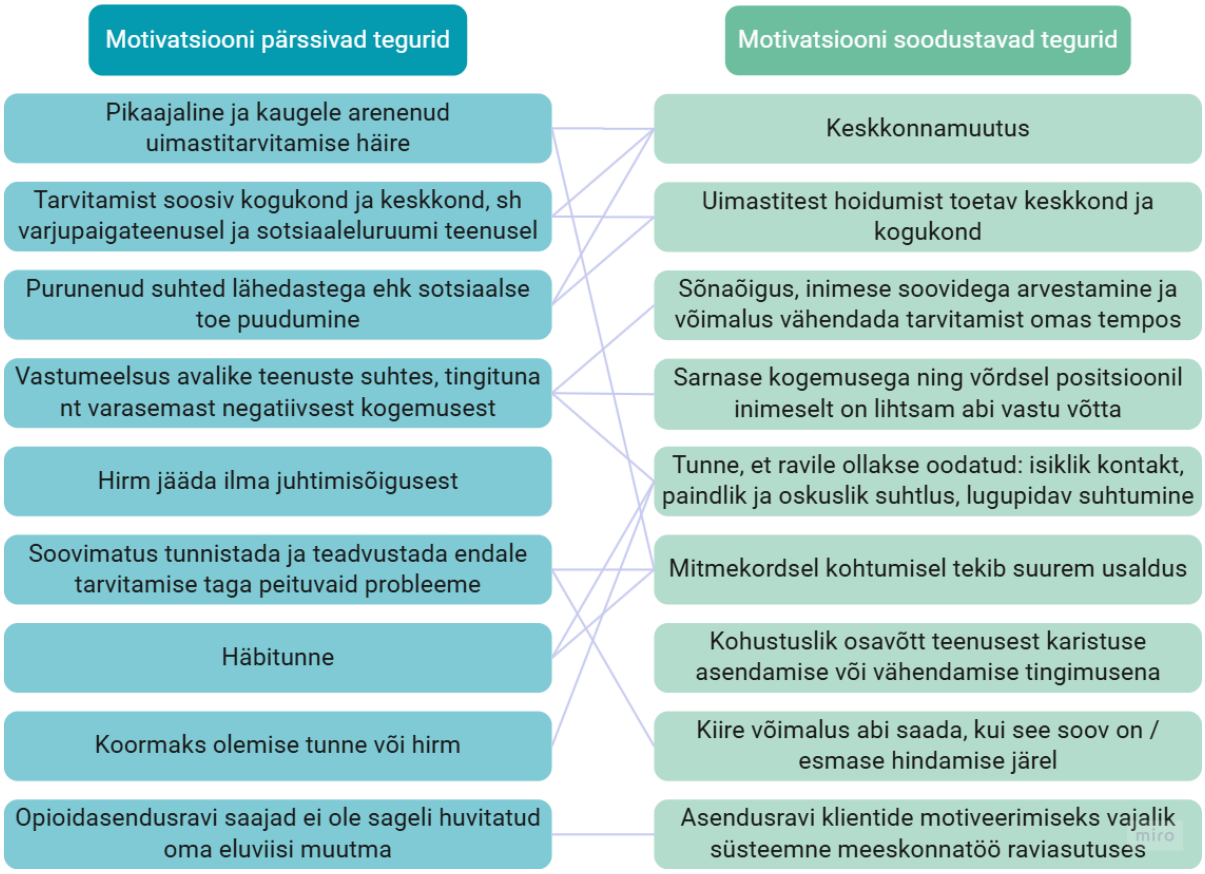
Järgnevalt anname ülevaate aspektidest, mis intervjueeritud spetsialistide vaates mõjutavad sihtgrupi abistamist ning kirjeldame teenuste omavahelise koostöö korraldusi ja sellealaseid probleeme.

Takistused teenustele jõudmisel ja abivajaja edasisuunamisel

Motivatsioon

Eri valdkondade esindajad nimetasid ühe põhilise takistusena teenustele jõudmisel ning edasisuunamisel kliendi vähest motivatsiooni tarvitamishäirest vabaneda.

Takistused: motivatsiooni puudumine



Joonis 8. Motivatsiooni pärssivad ja soodustavad tegurid. Allikas: uuringu meeskond.

Ühe sihtrühmana on keeruline motiveerida pikaajalise ja kaugele arenenud tarvitamishäirega inimesi, kes pole valmis osalema kainust eeldavas ravis, näiteks psühhiaatriakliinikute ambulatoorsetel teenustel. Perearstiabi, varjupaigateenuste ja kohalike omavalitsuste esindajad ei tunne seetõttu, et neil oleks häid võimalusi seda sihtrühma aidata.

Sageli jõuavad pikaajalisest alkoholitarvitamisest põhjustatud probleemidega inimesed varjupaigateenusele ning kasutavad sotsiaaleluruumi teenust. Seal elatakse sageli koos teiste tarvitamishäirega inimestega ning inimese seisund teenuseosutajate kogemuses pigem halveneb, sh võõrutusravilt naastes. Esmatasandi, varjupaigateenuse ja kohaliku omavalitsuse esindajate seas esines hinnangut, et sihtrühm vajab tarvitamisest loobumiseks eelkõige keskkonnamuutust. Inimese abistamist takistab teenusosutajate hinnangul seegi, kui lähedastega ei saa purunenud suhete tõttu koostööd teha, ning kui kogukond pigem tarvitamist soodustab (näiteks „makstakse“ maapiirkonnas töö eest alkoholiga).

Ka opioidasendusravil osalejad, kelle seas on enamasti pikaajalise narkootikumide tarvitamise häirega inimesed, pole sageli huvitatud oma eluviisi muutma ega asendusravile lisaks toetavaid teenuseid saama. Ühelt poolt puudub teenusesaajatel raviteenuse pakkuja hinnangul usk muutusesse, teisalt soodustab tarvitamise jätku probleemi eitav suhtlusvõrgustik. Asendusravil käiakse selle intervjueeritava hinnangul selleks, et säilitada mingil määral toimiv igapäevaelu, ent näiteks statsionaarsele rehabilitatsiooniteenusele sealt üldjuhul ei jõuta.

Range struktuuriga rehabilitatsiooniteenusel (nt Viljandi Haigla) võib inimesel olla raske alluda välistele reeglitele ning üsna tavapärane on, et teenus jäetakse pooleli. Seevastu suurendab motivatsiooni tugiisikuteenuse pakkuja hinnangul see, kui inimene tunneb, et tal on sõnaõigus ning võimalus vähendada tarvitamist oma tempos. Kõigile sihtrühmadele ei pruugi aga järkjärguline tarvitamise vähendamine sobida – raviteenuse pakkujate seas esines arvamust, et näiteks pikaajalise alkoholitarvitamise häirega inimeste ravis on tarvitamisest täielikult loobumine eesmärgina vajalik.

Samuti võib motivatsiooni vähendada vastumeelsus riigi või kohaliku omavalitsuse korraldatud teenuste suhtes, näiteks tajutakse vahel KOVi pakutavat pealesurutud abina või tingivad umbusu varasemad konfliktid ametiasutustega. Muuhulgas ei julgeta sageli tunnistada illegaalsete uimastite tarvitamist ning halbade kogemuste seas on seegi, kui sõltuvushäire diagnoosi tõttu kaotab inimene juhtimisõiguse (oleneb suuresti konkreetsest perearstist). Seepärast toimivad SÜTIKu teenus ning tugigrupid intervjueeritute hinnangul hästi – sama kogemusega ning võrdsel positsioonil inimeselt ollakse nõus abi vastu võtma.

Kui sageli ei tunnistata näiteks perearstile sõltuvust või ei peeta tarvitamist ise probleemseks (näiteks ollakse arvamusel, et kanep mõjubki hästi), siis perearstide hinnangul takistab inimese abistamist olulisel määral ka soovimatus tunnistada ja teadvustada endale tarvitamise taga peituvaid probleeme. Näiteks võib inimestele olla vastumeelne depressiooni või ärevuse vastu ravi otsimine. Takistavaks võib saada ka häbitunne – ei taheta, et tööandja või perekond tarvitamishäirest teaks, mistõttu on kliendile teenuseosutajate hinnangul tähtis anonüümsus.

Soovi abi vastu võtta vähendab teenusepakkujate sõnul ka see, kui abivajaja tunneb, et ta on koormaks ehk kellegi teise jaoks “töö” või „kohustus“. Esines aga raviteenuse ja

nõustamisteenuste osutajaid ning usulisi organisatsioone, kes peavad esmatähtsaks tekitada inimeses tunne, et ta on ravile oodatud – vajalikud on nii isiklik kontakt kui ka kliendiga suhtlemise oskus. Seepärast on asendusravi pakkujate hinnangul klienti lihtsam motiveerida, kui kohtutakse raviasutuses näost näkku ning vesteldakse vabas õhkkonnas. Nõustamisteenuste pakkujad aga rõhutasid, et lugupidavalt tuleks kohelda ka raskekujulise alkoholisõltuvusega inimestesse. Muuhulgas annab isiklikuks kontaktiks hea võimaluse kainestusmaja, kus käib näiteks Avatud Lootuse Fond oma teenuseid tutvustamas ja esmast nõustamist pakkumas.

Tähtsaks peeti paindlikku suhtlust, näiteks toimivad nii raviteenuse osutaja kui ka Töötukassa nõustamisteenuse pakkuja kogemuses paremini isiklikud SMS-meenutused, muuhulgas seetõttu, et võlgades inimesel võib olla telefonikõnede ees hirm. Motivatsiooni võiks mõne teenuseosutaja ettepanekul soosida seegi, kui näiteks Töötukassa vahendatud nõustaja või psühholoog võtab enne esimest kohtumist kliendiga ise ühendust. Samuti on üks SÜTIKu teenuse eeliseid, et tugiisik läheb ise inimese eelistatud asukohta.

Nende kogemuste valguses näib kõnekas, et erinevate teenusosutajate sõnul ei pruugi näiteks haiglate psühhiaatriakliinikud olla sõltuvushäirega inimeste sihtrühmale kuigi vastuvõtlikud ega näidata üles soovi nendega tegeleda. Intervjueeritute hinnangul võib see osalt tuleneda ka puudulikest teadmistest sõltuvushäirete kohta. Seejuures võib inimese soovi teenustele pöörduda kahandada mõni varasem kogemus vaimse tervise spetsialistiga, kel on puudunud tarvitamishäirega inimestega tegelemiseks piisav väljaõpe või empaatia.

Intervjuudes kirjeldati meetodina ka väljatööd, mille kaudu jõuavad inimesed, kes pole varem mõelnudki tarvitamise lõpetamisest, esimese astmena kahjude vähendamise teenusele. Motivatsiooni toetab teenusepakkujate hinnangul eelkõige usaldus, mis tekib mitmekordse kohtumise käigus. Samuti püüavad kahjude vähendamise teenusel nõustajad inimest leebelt mõjutada, selgitades eelkõige välja inimese enda soove. Seejuures võiks ka perearstide arvates olla motiveeriva intervjueerimise meetod tervishoiuvaldkonnas enam levinud. Lisaks tunnetavad perearstid ja kohalike omavalitsuste esindajad samuti vajadust inimest pidevalt isikliku kontakti kaudu motiveerida, kuid leiavad, et see omakorda nõuaks üsna suurt ressurssi.

Teatavalt motiveeritud näivad teenuseosutajate kogemuse põhjal need kliendid, kes on selleks karistuse asendamise või vähendamise (või menetluse lõpetamise) tingimusena kohustatud. Prokuratuuri ja kriminaalhoolduse valdkonna esindajate hinnangul ei pruugi siiski karistushirm olla ideaalne motivaator: muuhulgas seetõttu, et sotsiaalprogrammid toimivad hästi eelkõige sisemise tahte korral.

Ka raviteenuste pakkujate kogemused kriminaalhoolduse klientidega erinesid üsna suurel määral: leidus arvamust, et õigussüsteemist tulnud kliendid ei pühendu ravile, vaid käivad vastuvõtul pigem vormitäiteks. Motivatsiooni tähtsust silmas pidades on aga vangla sõltuvusravikeskuses ja mõnes usulise suunitlusega organisatsioonis hakatud lisaks avaldusele kinnipeetava või vanglast vabanenu teenusele sobivust vestluse abil hindama.

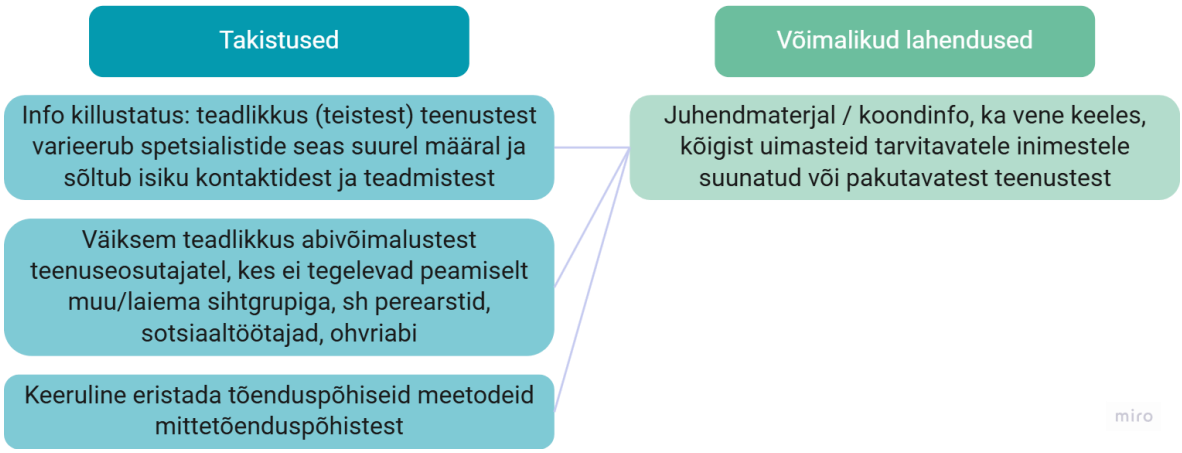
Kohtusüsteemi esindaja ei pea välise motivatsiooni ajel tegutsemist tingimata probleemseks: esmatähtis on püüda inimest karistamise asemel aidata, kas või mitu korda, arvestades et võimalus karistada jääb alati alles. Samuti säilib lootus, et programmis osaledes võib inimese suhtumine aja jooksul muutuda. Seejuures on kõnekas, et nii õigus- kui ka tervishoiuvaldkonna

esindajate seas esines tunnetust, et ravi vajalikkust võiks aidata mõista ning klienti motiveerida eelkõige tema teenusele suunaja ehk selles kontekstis kriminaalhooldaja.

Motivatsioonipuudus takistab inimest nii teenusele jõudmisel kui ka teenuseosutajat edasisuunamisel. Näiteks ei pruugi kõikuva motivatsiooni puhul olla inimene valmis hetkel, mil koht teenusel vabaneb; see on saanud takistuseks näiteks Viljandi Haigla teenusele jõudmisel. Esines raviteenuse pakkujaid, kes pidasid kliendi motivatsiooni hoidmise eesmärgil ennekõike tähtsaks tagada, et esmase hindamise järel oleks võimalik kiiresti psühhiaatri juurde jõuda (näiteks kuni kahe nädala jooksul). Ka perearstid rõhutasid, et olukorras, kus inimene juba ise tahab abi, ei tohiks teenuse pakkumisel viivitada.

Teadlikkus teenustest ja süsteemi killustatus

Takistused: vähene teadlikkus teenustest ja süsteemi killustatus



Joonis 9. Varieeruv teadlikkus teenustest spetsialistide seas ja võimalik lahendus ühtse juhendmatejali või infot koondava allika näol. Allikas: uuringu meeskond.

Pea kõigi teenuste esindajad, kes intervjuudes osalesid, tundsid puudust juhendmaterjalist, kus oleks ajakohane info kõigist uimasteid tarvitavatele inimestele suunatud teenustest. Praegu tuleb igal teenusepakkujal luua abivõimalustest koondpilt omal käel. Ilmnes, et teadlikkus teistest teenustest varieerub suurel määral ning kliendi edasisuunamisel toetutakse sageli isiklikele kontaktidele ning aja jooksul väljakujunenud teadmistele teenustest. See aga tähendab, et kui suure kaadrivoolavusega valdkondades (näiteks kohalikud omavalitsused, sotsiaalvaldkond) töötajad vahetuvad, ei pruugi edasisuunamine sama hästi toimida.

Lisaks sõltub seetõttu oskuslikkus kliendi vajadusi märgata ja klienti õigesse kohta edasi suunata konkreetsest töötajast. Näiteks ei pruugi alati intervjueeritute hinnangul tugiisikutel olla selleks ametnikega võrreldavat pädevust, mis on üks teenuse nõrku külgi. Samuti varieerub nõustamisteenuste pakkujate arvates Töötukassa konsultantide oskus uimastitarvitamisest põhjustatud häireid ära tunda. Ka pühendumus kliendile sobivaimaid teenuseid otsida on individuaalne. Info killustatus ja teadmiste puudus võib saada takistuseks, kui vastutust kliendi suunamisel ja motiveerimisel oodatakse eelkõige nö vahelülidelt, näiteks õigussüsteemis kriminaalhooldajatelt.

Info killustatust illustreerib seegi, et teenuste piisavusele anti intervjuudes vastandlikke hinnanguid. Üsna täielik ülevaade teenustest ja ka pigem positiivne hinnang abi

kättesaadavusele näib eelkõige olevat (Tallinnas tegutsevatel) teenuseosutajatel, kes keskenduvadki oma tegevuses uimastitarvitajate sihtrühmale. Vähem näivad teenustega kursis olevat need teenuseosutajad, kes igapäevaselt tegelevad pigem muu või laiema sihtrühmaga, kuid kellel võib siiski olla tähtis osa edasisuunamisel, näiteks kohalike omavalitsuste töötajad, ohvriabitöötajad ja perearstid.

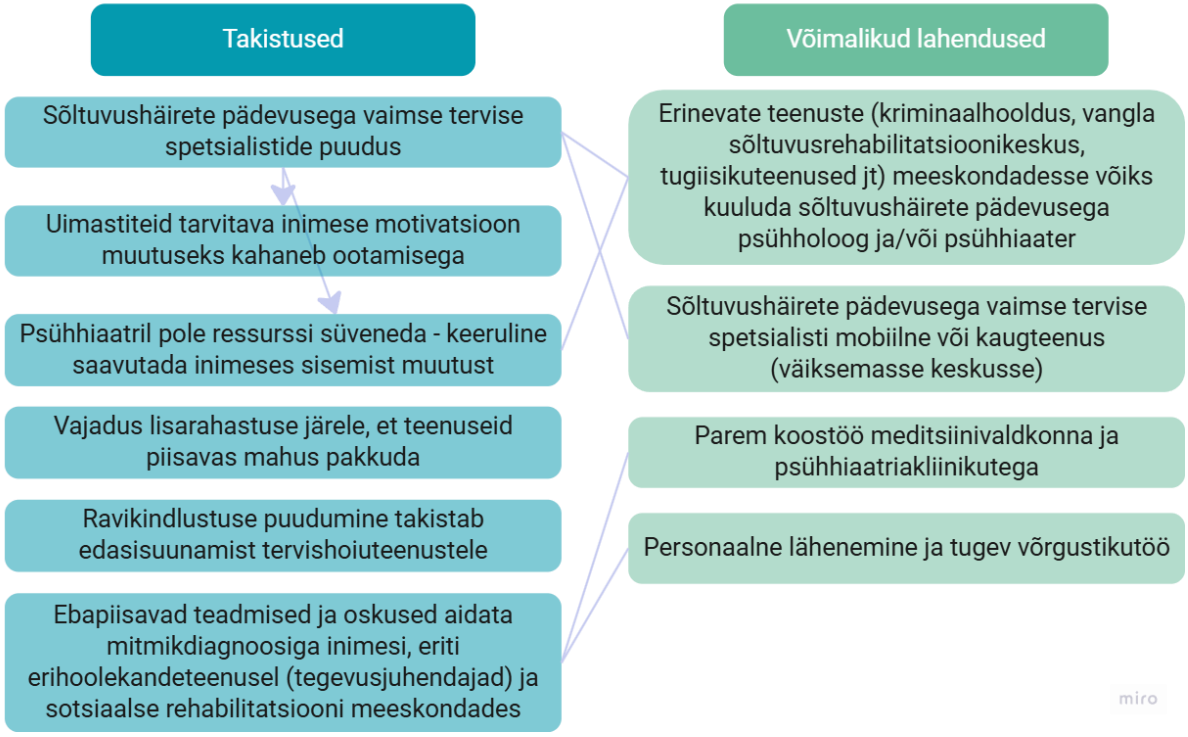
Näiteks ei pruugi omavalitsused olla teadlikud erinevatest usulistest organisatsioonidest, mis nende piirkonnas rehabilitatsiooniteenust pakuvad, samuti polnud ei õigus- ega tervishoiuvaldkonna esindajatel täit infot tugigruppides pakutavast (näiteks, et AA toetab ka lähedasi ning tegutsevad ka AN grupid). Veel toodi puudusena esile, et tervishoiusüsteemis ei pruugi olla teadlikkust sotsiaalse rehabilitatsiooni teenusel pakutavatest abivõimalustest. Ilma usaldusväärse koondinfota võib tekkida ka oht, et raviteenuste seast on ilma vastavate ekspertteadmisteta keeruline välja sõeluda tõenduspõhiseid meetodeid, näiteks kerkis intervjuude eel teenuseid kaardistades esile mitmeid platseeboefektil põhinevate teenuste pakkujaid.

Positiivne on, et teadlikkus Viljandi Haigla teenustest tundus intervjuude põhjal universaalne ja ka Lootuse Küla ning AA tugigruppe teadsid nimetada kõigi valdkondade teenuseosutajad. Samuti leiti, et SÜTIKu teenusele suunamine toimib hästi tänu pöördumise nn madalale lävepakule ja paljudele kontaktpunktidele – see omakorda näitab, et piisava info korral on hulgaliselt neid, kes inimest suunata saaksid. Lihtsasti jõuavad kliendid ka asendusravi teenustele, sest selle kohta levib teave pikaajaliste tarvitajate seas. Samuti näivad intervjuudele tuginedes vähemasti motiveeritud kliendid olevat teadlikud ravivõimalustest psühhiaatriakliinikutes.

Tunti aga, et nii kliendid ise kui ka nende lähedased, kellel on sõltuvusest vabanemisel suur mõju, vajaksid teenustest paremat ülevaadet, sealhulgas jääb vajaka venekeelsest infost. Näib, et mõneti on info otsimise kohustus asetatud abivajaja õlule, näiteks saab vaid perearstilt ise küsides teada, kas arst või õde on vastavad nõustamiskoolitused läbinud. Takistusena toodi esile, et nii perearstide teadlikkus teenustest kui ka valmidus inimest suunata ei pruugi olla piisavad.

Uimastitarvitamisele spetsialiseerunud vaimse tervise spetsialistide puudus

Takistused: sõltuvushäirete pädevusega vaimse tervise spetsialistide puudus



Joonis 10. Takistused vaimse tervise abi valdkonnas. Allikas: uuringu autorid.

Erinevate teenuseosutajate intervjuudes nimetati edasisuunamise takistusena psühhiaatrite ja vaimse tervise õdede nappust, piiratud tööaega ning sellest tulenevaid pikki ravijärjekordi. Ühelt poolt tähendab see ohtu, et kliendi motivatsioon võib ootamisega kahaneda. Teisalt esines asendusravi pakkujate seas hinnangut, et psühhiaatril pole ressurssi süveneda iga patsiendi olukorda, mistõttu on keeruline saavutada ravimravi kõrval inimeses sisemist muutust. Lisaks süvenemise võimalusele on intervjueeritava hinnangul asendusravi klientide motiveerimiseks vaja ka süsteemset meeskonnatööd raviasutuses.

Vajadust tegeleda uimastite tarvitamise taga peituvate probleemidega rõhutasid samuti eri valdkondade teenuseosutajad. Seega peeti takistuseks, et tasuta aegu psühholoogidele praktiliselt ei ole ning raske on pääseda ka tasulisele vastuvõtule. Puudust tunti näiteks kriminaalhoolduse raames psühhoteraapiast (intervjueeritava sõnastuses „terapeutiline tugi“), mis aitaks tegeleda sõltuvuseni viinud komplekssete probleemidega. Väljendati kahtlust, kas kriminaalhoolduse klientidele praegu kättesaadav psühholoogiline nõustamine on piisavalt tõhus ning spetsiifiline tarvitamishäiretega tegelemiseks. Hinnang tõukus seejuures teenuseosutaja kogemusest, et klientides ei ole kriminaalhoolduse lõppedes suurt muutust aset leidnud. Mitme teenuse esindajad (sh vangla sõltuvusrehabilitatsioonikeskus ja tugiisikuteenus) leidsid, et nende meeskonda võiks kuuluda sõltuvusalase spetsialiseerumise või pädevusega psühholoog ja/või psühhiaater.

Positiivsena kerkis esile, et Töötukassa kaudu on nõustamisteenused hästi kättesaadavad, kuigi nõustamisteenuse osutaja hinnangul võiks nõustamise maht olla suurem ning seda võiks pakkuda pikema aja vältel. Ka kahjude vähendamise keskusi hinnati kõrgelt, sest seal

pakutakse lisaks puhaste tarvikute jagamisele muidki teenuseid. Seejuures on mõneti psühholoogide puudust väiksemates keskustes aidanud leevendada kahjude vähendamise keskuse enda Tallinnas asuva psühholoogi mobiilne või kaugteenus.

Vajadust lisarahastuse järele, et teenuseid piisavas mahus pakkuda, väljendasid veel tugiisikuteenust ja tugigruppe pakkuvad organisatsioonid ning usulise suunitlusega rehabilitatsiooniteenuse osutajad, samuti mõni raviasutus. Alarahastatud on ka sotsiaalse rehabilitatsiooni teenus, näiteks on keeruline katta psühholoogi tunnitasu. Eri valdkondade esindajad leidsid, et riikliku rahastusega raviteenuse kohti pole piisavalt. Suunamine teistele tervishoiuteenustele takerdub intervjueeritute hinnangul siis, kui kliendil pole tervisekindlustust.

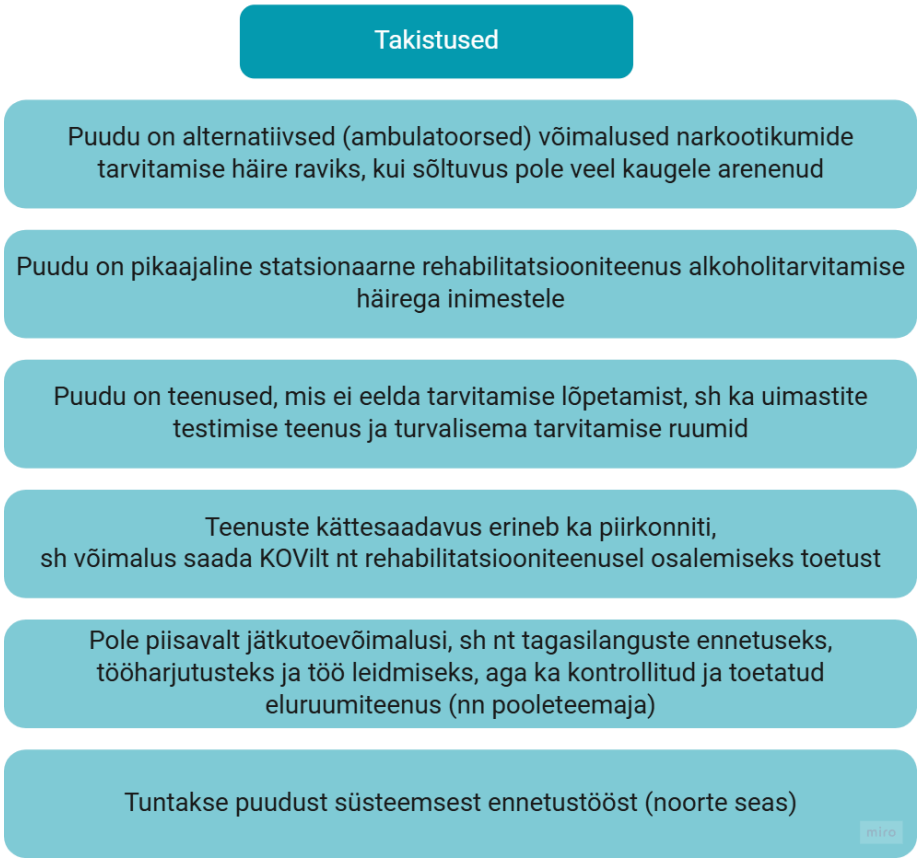
Samuti rõhutasid teenuseosutajad, et vajaka jääb teadmistest ja oskustest aidata mitmikdiagnoosiga inimesi. Teravalt tajutakse seda puudujääki erihoolekandeteenusel, kuhu jõuab intervjueeritavate hinnangul eriti viimasel ajal palju sõltuvushäirega inimesi. Seejuures vajaksid vastavat väljaõpet nii tegevusjuhendajad kui ka erihoolekandeasutusi toetavad rehabilitatsioonimeeskonnad. Takistuseks edasisuunamisel võib mitmikdiagnoos saada ka siis, kui teenuse kirjelduse kohaselt pole näiteks psüühikahäire raviks vajalikud ravimid lubatud (näiteks Lootuse Külas[15]).

Erandina saab esile tõsta näiteks Tallinna vangla sõltuvusrehabilitatsioonikeskuse, kuhu võetakse vastu näidustatud ravimite tarvitamise korral. Samas tunti, et sobilike ravimite kindlakstegemisel oleks keskusel tarvis koostööd meditsiinivaldkonnaga. Rehabilitatsiooniteenuse osutajate hinnangul on mitmikdiagnoosiga klientide toetamisel vaja ka paremat koostööd psühhiaatriakliinikutega (ja nendepoolset valmidust kaasuva sõltuvushäirega klientidega tegeleda), samuti personaalset lähenemist ning tugevat võrgustikutööd.

[15] Lootuse küla kodulehel on kirjas: „Meie lähenemine on keskendunud ohutusele ja terviklikule taastumisele, mistõttu ei kasuta me antidepressante, metadooni ega muid ravimeid, mis võivad põhjustada sõltuvust.“ (Lootuse küla, „Programm“, s.a). Teaduskirjandusest ilmneb üksmeelselt (Heinz et al 2019, Turki et al 2023), et antidepressandid ei põhjusta sõltuvust - kuigi ravi järsk lõpetamine võib kaasa tuua ärajäämanähte, puuduvad neil sõltuvuspotentsiaaliga ainetele omased tunnused, sh tarvitamisega kaasnev kiirelt tekkiv nauditav või eufooriline tunne.

Spetsiifiliste teenuste puudus ja piirkondlikud erinevused

Takistused: spetsiifiliste teenuste puudus ja piirkondlikud erinevused



Joonis 11. Teenuste puudus ja piirkondlik varieeruvus. Allikas: uuringu meeskond.

Intervjuudes väljendati vajadust enamate teenuste järele, mis sobiksid illegaalsete uimastite tarvitajatele. Õigussüsteemi esindajate arvates ei avalda mõned teadlikkuse edendamisele keskendunud programmid (nt Eluviisi treening) klientidele piisavat mõju, samas pole paljudel sõltuvushäirega inimestel valmisolekut pühenduda intensiivsele statsionaarsele teenusele Viljandi Haiglas. Raviteenuse osutajad leidsid, et narkootikumide tarvitamise häire raviks, kui sõltuvus pole veel kaugele arenenud, oleks lisaks Viljandi Haiglas pakutavale pikale programmile tarvis rohkem ambulatoorseid teenuseid. Taolised teenused võimaldaksid muuhulgas teenusel osaleda töö ning laste kõrvalt. Positiivne on, et näiteks Ida-Virumaal on tugigruppide pakkuja andmetel hiljuti loodud rehabilitatsiooniteenus, kus saab osaleda ka ema lapsega.

Eri intervjuudest jäi kõlama seisukoht, et sarnaselt Viljandi Haiglas pakutavaga oleks ka alkoholisõltuvusega inimeste abistamiseks tarvis pikaajalist statsionaarset rehabilitatsiooniteenust.

Tugiisikuteenuse esindajad tunnevad aga puudust võimalusest suunata narkootikumide tarvitamise häirega kliente edasi teenustele, mis ei eelda tarvitamise lõpetamist, nende seas näiteks uimastite testimise teenus ja turvalisema tarvitamise ruumid. Taoliste teenuste toomist Eestisse takistab intervjueeritava hinnangul ühelt poolt rahapuudus, teisalt umbusk abi suhtes, mis justkui julgustaks tarvitamist jätkama.

Samuti ilmnes, et kuigi näiteks Lootuse Küla teenust tuntakse teenuseosutajate seas, siis takistuseks võib saada selle ja sarnaste teenuste usuline suunitlus, mis ei pruugi kliendile sobida. Seejuures on näiteks Lootuse küla üks tuntumaid abivõimalusi; ühe sarnase teenuse osutaja sõnul täituvad neil kohad kergesti ning näiteks õigussüsteemi koostööpartnerid ise pole klientide vastumeelsust probleemina tõstatanud.

Teenuste kättesaadavus erineb ka piirkonniti. Näiteks pole Pärnus erinevalt Tallinnast asendusravi võimalusi. Raviteenustest alkoholitarvitamise häirega inimestele on teenuseosutajate hinnangul suur puudus Lääne-Virumaal. Samuti ei pruugi mõnes maakonnas olla väiksematele perearstipraksistele kättesaadavad näiteks Klaabu projekti raames korraldatavad vaimse tervise õe vastuvõtud. Seega võib keskustest eemal elavate inimeste teenusele jõudmine olla takistatud, ühelt poolt rahapuuduse tõttu (klient ei jõua nt Tallinnasse teenusele sõita), teisalt võib transpordivajadus kahandada kliendi motivatsiooni. Esmatasandi intervjueeritute kogemuse järgi võivad aga näiteks psühhiaatrid olla vähem kättesaadavad just suurte keskuste haiglates (Tallinn, Tartu), samas kui Pärnu haiglast saavad perearstid e-konsultatsioonide kaudu psühhiaatritega kiiresti kontakti. Takistusena ilmnes aga, et nii psühhiaatriline abi kui ka nõustamisteenused ei pruugi näiteks Lõuna-Eestis olla venekeelsele kliendile kättesaadavad.

Intervjuudele tuginedes näib ka, et võimalused saada (rehabilitatsiooni)teenusel osalemiseks toetust varieeruvad omavalitsuseti suurel määral või ei tundu teenusosutajatel olevat toetuse saamise võimalustest selget pilti. Näiteks on mõnel usulisel organisatsioonil oma piirkonna KOViga hea koostöösuhe, samal ajal kui leidub KOVe, kes ei nõustu Lootuse Küla ja teisi sarnaseid teenuseid kliendile võimaldama. Kohalikus omavalitsuses teenuste ja toetuste saamist võib takistada ka see, kui inimene ei ole sisse kirjutatud piirkonda, kus ta elab - mida juhtub intervjueeritute hinnangul sageli.

Teenustelt naastes võiks intervjueeritute hinnangul olla paremaid võimalusi pakkuda tagasilangusi arvestades järeltuge. Õigussüsteemi esindajate sõnul on eriti tähtis aidata inimest töö leidmisel ning ka muude eluliste probleemide, sh võlgade ja suhetega tegelemisel. Väljendati soovi teha sel eesmärgil rohkem koostööd kohalike omavalitsustega, sest tunti, et praegu pigem näiteks täiskasvanud vanglast vabanenud tööotsija kohaliku omavalitsuse vaatevälja ei satu. Muuhulgas võiks tugiisikuteenuse pakkujate arvates olla vabanemise järel rohkem tööharjutuse võimalusi ning teisi tööturuteenuseid, näiteks noortele pakutava STEP-programmi eeskujul. Teisedki intervjueeritavad rõhutasid kohustuste tähtsust tarvitamisest hoidumisel.

Esines hinnangut, et rehabilitatsiooniteenuselt väljumisel oleks tarvis kontrollitud keskkonda koos vastava meeskonnaga, näiteks teenuste maja, kus oleks kättesaadav psühholoogiline nõustamine ning võimalus igal hetkel sotsiaaltöötajaga nõu pidada. Tunti vajadust kogukonnateenuste ja tihedama koostöö järele politseiga, sest tunnetati konflikti kontrollitud teenuse tõhususe ja inimese liikumisvabaduse ning otsustusõiguse vahel. Sarnaselt nimetati õigusvaldkonna intervjuudes lahendusena nn pooleteemaju (ingl k *halfway house*) rehabilitatsiooniteenusega. Praegu soovitavad näiteks raviteenuse osutajad järeltoe võimalusena tugigruppe (nt AA), mis on võrdlemisi hästi kättesaadavad, kuid mõnes spetsialistide intervjuus kõlas, et sinna pöörduvad pigem juba pikalt kestnud tarvitamishäirega inimesed, harvem algusjärgus oleva probleemiga või nooremad inimesed.

Eri valdkondade intervjuudes väljendati muret, et puudu on teenustest alaealistele, sealjuures on tegevuse lõpetanud Torujõe noortekodu ning kuigi Nõmmel tegutseb Tallinna Laste Turvakeskus, võetakse sinna intervjueeritute kogemuses vaid lapsi, kes kodus elada ei saa. Arvestades, et valdav osa näiteks Viljandi haigla raviteenuste klientidest on alustanud tarvitamist noorena, tunti vajadust paremate uimastitarvitamise häire ennetamise võimaluste järele. Samuti on perearstide kogemuses näiteks koolid avaldanud suurt huvi e-sigarettide kasutuse vähendamise vastu.

Intervjuudest jäi mulje, et süsteemset ennetustööd noorte seas pigem ei tehta. Näiteks võib perearst küll noorega tarvitamisest rääkida, kuid mitte alati, ning noored ei kipu nõuannetele vastuvõtlikud olema. Ennetustööd pärsib seejuures ressursipuudus: perearstide hinnangul pole neil aega nõustamist pakkuda. Ka teiste teenuseosutajate hinnangul jääb vajaka spetsialistidest (koolipsühholoogid jt), kes aitaksid tegeleda probleemidega, millest tulenevalt tarvitamiseni jõutakse. Leiti, et vabatahtlikud teenused noortele ei sobi, vaid tugivõrgustik peaks aktiivselt näiteks keeruliste peresuhetega nooresse panustama, sh koolide, KLA-teenuse, asenduskodude, tugigruppide jt osalusel.

Mõned võimalused noorte teadlikkust suurendada kerkisid siiski esile. Näiteks pakub üks uuringus osalenud sõltuvuskliinikuid ka noortele kohandatud programmi, kuhu mõned omavalitsused (nt Tartu linn) uimastite tarvitamise või muude probleemidega noori suunavad, kes saavad seeläbi teenusele tasuta. Samuti käivad näiteks Rakveres noorte uimastite tarvitamise probleemide arutamiseks koos ümarlauad, kus osalevad teiste seas noortekeskused, politsei, SÜTIKu ja koolide esindajad. Õigussüsteemi esindajad teadsid nimetada ka ennetusprogrammi Puhas Tulevik esmakordse narkosüüteoga alaealistele, kuid esines hinnangut, et noortele see pigem ei mõju, jäädes liialt leebeks. Kõlas ettepanek, et vaja oleks nö SÜTIKut alaealistele.

2.3. Teenustele jõudmise parendamine: vajadused ja ettepanekud

Info ja koostöövõimalused

- Alkoholitarvitamise häire ravis tuntakse puudust pikaajalistest ravivõimalustest, mis sarnaneks Viljandi Haigla ravi- ja rehabilitatsioonikeskuse narkootikumide tarvitamise häire raviprogrammile.
- Oluline on pakkuda tarvitamishäirete spetsiifikaga arvestavat terviklikku ja kompleksset tuge (nt nii ravi ja nõustamine kui ka tööteraapia).
- Järeltoe pakkumisel (näiteks vanglast vabanenutele, kes vajavad tuge töö leidmisel) oleks tarvis selgema rollijaotusega ja tihedamat võrgustikutööd, sh kriminaalhoolduse ning kohaliku omavalitsuse osalusel.
- Vangla sõltuvusrehabilitatsiooniteenusel tuntakse vajadust koostöö järele meditsiinivaldkonnaga, sh eesmärgiga hinnata, millised ravimid on kaasuvate psüühikahäirete korral näidustatud.
- Sõltuvusravi ja -rehabilitatsiooniteenuste pakkujad vajaksid tihedamat koostööd haiglate psühhiaatriakliinikutega, et paremini toetada mitmikdiagnoosiga kliente.
- Tugevat võrgustikutööd ja jagatud inforuumi – näiteks tugiisikuteenuse, rehabilitatsiooniteenuse ja vanglate vahel – soovitakse ka kliendiga kontaktis püsimiseks ja tema motiveerimiseks.

- Tugigruppide ja tugiisikuteenuse pakkuja hinnangul võiks teenusepakkujate jaoks olla kättesaadavam info uute psühhoaktiivsete ainete leviku kohta. Leiti, et ka tervisespetsialistide, sh perearstide teadlikkust narkootikumid ja eriti uute psühhoaktiivsed ainete osas tuleks enam toetada.
- Erinevad teenuseosutajad vajaksid paremaid teadmisi ja oskusi mitmikdiagnoosiga patsiendi toetamisel, eriti teravalt tuntakse sellest puudust aga erihoolekandeteenusel.
- Tugigruppide pakkujad sooviksid koolitusi agressiivse käitumisega toimetulekuks ning kliendi paremaks nõustamiseks.
- Perearstide arvates võiks kogu meditsiinivaldkonnas olla levinumad motiveeriva intervjueerimise võtted. Samuti soovitakse ajakohast infot tõenduspõhistest ravivõimalustest.

Tööriistad

- Peamisena rõhutati vajadust ühtse andmebaasi järele, mis koondaks kõik abivõimalused – sh asutused ning info selle kohta, mis teenuseid täpselt ühest või teisest kohast saab. See oleks kasutamiseks spetsialistidele, kes sihtgrupiga kokku puutuvad, aga ka tarvitajatele ja nende lähedastele. Infot oleks vaja ka vene keeles. Kasuks tuleksid ka lühikesed infotunnid.
- Samuti võiks luua infovoldikud EMO ja kiirabi töötajatele, perearstidele-õdedele, sotsiaaltöötajatele, töötervishoiuarstidele jt sihtgrupiga kokkupuutujatele jagamiseks. Nende sihtrühmade esindajad võiksid ka aktiivsemalt sõltuvusprobleeme märgata ning abivajajat suunata.
- Tuleks tõsta perearstide teadlikkust olemasolevatest tarvitamise hindamisvahenditest – intervjuudes osalenud tundsid sellisest materjalist puudust, sest see võimaldaks patsiendil vajaliku eeltöö ära teha
- Perearstid võiksid saada enda nimistusse kuuluva (sõltuvushäirega) patsiendi puudutava väljakutse kohta kiirabilt automaatse teavituse (positiivne on, et selline lahendus on praegu töös).

Kokkuvõte ja järeldused

Eestis on mitmeid teenusepakkujaid ja teenuseid, mis on suunatud kas otseselt või teiste seas ka uimasteid tarvitavatele inimestele. Teenuste kättesaadavus varieerub piirkondlikult ja keeleliselt, aga ka abivajaduse akuutsuse ja tarvitatava aine poolest.

Näiteks saavad Viljandi Haigla statsionaarsest ravi- ja rehabilitatsiooniprogrammist abi pigem pikaajalised illegaalsete uimastite tarvitajad, kel on kaugele arenenud sõltuvushäire. Võimalusi saada abi ambulatoorselt ja varem – kui sõltuvushäire pole veel välja kujunenud või kaugele arenenud – on vähe või ei olegi. Alkoholitarvitamise häire korral saab abi pigem häire varasemas faasis ja ambulatoorselt, statsionaarse abi võimalusi on üksikuid ning (riiklikku) pikaajalist statsionaarset programmi ei ole. Psühhotroopsete ravimite (mitte-näidustusekohasest) tarvitamisest tingitud häirega inimestele otseselt suunatud teenuseid ei ole; samuti tunnevad spetsialistid raskusi kanepit tarvitavate ja sellest tingitud psühhoosiga klientide abistamisel.

Kuigi sageli tarvitavad uimastitarvitamise häirega inimesed mitmeid erinevaid uimasteid, on mitmed teenused suunatud ühe või teise aine või ainegrupi tarvitajatele ning mõnel puhul ka

välistab teised. Praeguses korralduses tekitab kitsaskoha ka rahastus, sest alkoholitarvitamise häire ravi rahastab Tervisekassa, ja kui muu uimasti tarvitamine on esmane, siis teenust ei rahastata.

Intervjuudest teenuseosutajate ja erinevate spetsialistidega ilmnes veel mitmeid probleeme, mis takistavad teenustele jõudmist ja teenustele edasisuunamist. Põhilise takistusena uuringu fookuses oleva sihtgrupi abistamisel tajutakse uimasteid tarvitavate inimeste enda vähest motivatsiooni abi saada – tegureid, mis seda pärsivad ja soodustavad, ja mida teenuste pakkumisel saab arvesse võtta, ilmnes üksjagu. See iseloomustab ka spetsialistide vähest ressurssi abivajajate motivatsiooniga töötamiseks. Motivatsiooni võivad muuseas mõjutada ka vestlustest koorunud teenuste omavahelist toimimist iseloomustavad kitsaskohad.

Teadlikkus uimasteid tarvitavatele inimestele suunatud olemasolevatest abivõimalustest varieerub erinevate spetsialistide seas suurel määral ning see võib oluliselt piirata sihtgrupi jõudmist abini. Ilmnes võrdlemisi madal teadlikkus uimastite tarvitamisest põhjustatud häirete ravivõimalustest ja nende sisust, mis iseenesest piirab võimekust abivajajale infot ja selgitusi jagada või ravi puudutavaid murekohti maandada. Ometi võiks erinevate sihtgrupiga kokkupuutuvate spetsialistide – sotsiaaltöötajatest eriarstideni – teadlikkusest olla kasu nii tarvitamise häire ennetamisel kui ka abini jõudmisel mistahes tarvitamise faasis.

Sageli käisid uuringus osalenud spetsialistid välja vajaduse (ja lahenduse) ühtsest juhendmaterjalist ja/või ajakohasest koondinfost, mis annaks ülevaate, kus ja mis teenuseid ja kellele (sh tarvitatav aine, teenusepakkumise keel) on olemas. Sealjuures ei piisa üldiste või näiteks meditsiinispetsialistidele suunatud juhendmaterjalide olemasolust – materjalide kättesaadavuse, kujunduse ja kommunikatsioonitegevuste puhul tuleb silmas pidada, et erinevate erialade spetsialistid tunneksid ennast materjalide adressaadina, oskaks neid leida ja kasutada. Kõnekas on, et veebis kättesaadavas alkoholitarvitamise häire ravijuhendis on kirjeldatud ravisoovitusi (ja näiteks tõendatud farmakoloogilise ravi meetodeid), ei ilmnenud intervjuudes ravijuhend materjalina, millest oldaks teadlik või teavet otsitaks. Intervjueeritud tõid välja, et soovitakse rohkem juhiseid ka selle kohta, kuidas spetsialist (kui ta ei ole otseselt sihtgrupile suunatud teenuse pakkuja) saaks inimest ise aidata (näiteks motiveerivat intervjueerimist või muid tehnikaid kasutades).

Mitmed intervjueeritud spetsialistid arvavad, et teatud gruppi kaugele arenenud uimastitarvitamise häirega inimesi ei ole võimalik eriti (sõltuvushäire ravi mõttes) aidata – kelle vaimne võimekus on niivõrd langenud, et motivatsiooni tõstmine või toimetuleku taastamine ei ole enam võimalik. Samas on üllatavalt vähe süsteemset ennetust ja noortele mõeldud teenuseid, kuigi tarvitamist alustatakse sageli alaealisena. Potentsiaalseid väravahoidjaid on palju, kes võiks tarvitamise ohumärgid ära tunda või kelle poole lapsevanemad pöörduvad murega oma lapse pärast, kes võiks inimesi müksata ja õigetele teenustele suunata, aga paljudel neist ei ole head pilti, mis on tema roll ja kus mis abi saab.

3. Uimasteid tarvitavatele inimestele suunatud teenuste toimimise ja koostööpraktikate Eesti hetkeolukorra ja probleemkohtade analüüs klientide vaatepunktist

Intervjuudes teenusesaajatega uurisime nende kogemusi ja hinnanguid seoses teenuste kättesaadavuse ja toimimisega. Alauuringu valimisse kuuluvad uimastitarvitamise tõttu erinevate sotsiaal- ja tervishoiuteenustega kokkupuudet omavad täisealised Eesti elanikud. Kuivõrd lähenesime sihtgrupile teenusepakkujate kaudu, siis on oluline ära märkida, et tegu pole juhuvalimi või kõigi teenuste osas esindusliku valimiga. Kaasatud teenusesaajate profiil sõltub suuresti sellest, milliste teenuste osutajate kaudu õnnestus nad uuringusse kutsuda. Samuti tingis valimi vanuselist jaotust, et teenustele jõutakse pigem tarvitamise hilises faasis, mistõttu valimi nooremat gruppi (18—34) oli keerulisem leida. Kohati peeti teenuspakkujate poolt uuringu sihtgruppi (18—54) liiga nooreks, kuivõrd osadele teenustele jõutakse veelgi hilisemas eas. Kindlasti mõjutas valmisolekut intervjuuks ka teenusesaaja hetkeseis – oluline on märkida, et suur osa valimist on tervenemise teekonnal ja kained. Paljud intervjueeritutest on läbinud Viljandi Haigla rehabilitatsiooniprogrammi narkootikumide tarvitamise häirega inimestele. Sellegipoolest omavad enamik uuringus osalenutest kogemusi ka mitmete teiste teenustega kui vaid need, kust nad lõpuks sobiva abi on saanud. Siiski ei kajastu valimis näiteks uimasteid tarvitavad inimesed, kel puuduvad abi saamiseni viinud kontaktid teenusepakkujatega või kes pole abi otsinud – ka nende kogemused, hoiakud ja vaatenurgad on väga olulised; vajalik oleks nende kaasatus tulevastes uuringutes.

Kirjeldame järgnevalt, mida uuringus osalenud teenusesaajad on kogenud ja arvavad Eestis olemasolevate uimastitarvitajatele suunatud teenustele jõudmise ja neil püsimise osas. Peatükk annab vastused metoodikas (ptk 1.2.) toodud uurimisküsimustele ja ülevaate teenusesaajate teekondadest teenuste vahel. Tulemused esitatakse neljas jaotuses: info ligipääsetavus, teenustele sisenemine, teenustel püsimine ja teenuste parendamine.

3.1. Info ligipääsetavus

Teenusesaajate hinnangud info ligipääsetavusele olid kahetised. Esines arvamust, et tänaseks on internetis (aga ka infovoldikute, tänavatöötajate jne vahendusel) infot piisavalt palju ning kindlasti leiab selle üles motiveeritud inimene ehk see, kel on abi otsimiseks tahet. Leiti, et tarvitavaid inimesi takistab info otsimisel eelkõige soovimatus tarvitamisest põhjustatud probleeme tunnistada. Üldjuhul ei satu teenusesaajate sõnul tarvitajad näiteks narko.ee lehele, kuid ka tänaval või perearsti kabineti seinal mõnest teenusest reklaami nähes ei seostata seda enda abivajadusega. Abi võidakse aga hakata otsima alles äärmuslikel juhtudel, näiteks eluohtliku üledoosi korral.

Võimalikku ükskõiksust info suhtes põhjendati aga intervjuudes ka sellega, et tarvitav inimene ei kujuta oma elu ilma aineteta ette, millest tulenevalt väljendati vajadust tõsta kogu ühiskonnas teadlikkust, et tervenemine on võimalik. Teenusesaajad tõdesid, et info kättesaadavus on praegu pigem juhuslik: parema teadlikkuse abivõimalustest tagab eelkõige olemasolev kokkupuude teenustega või tarvitamisest loobunud inimesi hõlmav tutvusringkond. Näiteks esines teenusesaajate hulgas kogemust, et oma abivajadus tunti ära alles siis, kui sobivast teenusest tuttava käest juhuslikult kuuldi. Intervjueeritute hinnangul

võib puudulik teadlikkus tarvitamise terviseriskidest olla neil, kes pole veel „sügavale langenud". Näiteks ei pruugita intervjuudele tuginedes pidada kanepitarvitamise häiret piisavalt tõsiseks, et otsida abi Viljandi Haiglast või SÜTIKust.

Teisalt esines hinnangut, et isegi internetist on infot keeruline üles leida, ning tunti, et vähese info tõttu võib abita jääda ka see, kes on tegelikult valmis muutusi ellu viima. Samuti tähendab info vähene kättesaadavus, et teenuste kohta levib väärarusaamu, mis omakorda muudab teenuse tundmatuks ja hirmutavaks. Näiteks samastati intervjueeritud teenusesaajate seas nii Viljandi Haiglat kui ka Lootuse Küla pigem alkoholitarvitamise häirega või tunti hirmu kinnise asutuse väga range korra ees. Kahtlusi võib põhjustada ka varasem kokkupuude endale sobimatu teenusega: näiteks arvati esialgu Lootuse Küla kogemusele tuginedes, et ka kõigis teistes rehabilitatsiooniprogrammides on tugev usuline suunitlus või rõhk eelkõige töötegemisel.

> *„Teate, kodulehel ei olnud isegi lihtsat võimalust – näiteks mingit vormi, et saaks kõnet tellida või lihtsalt nõustamist küsida. Kõik tundus nii keeruline ja segane. /.../ Kui inimene ise joob, siis tema aju lihtsalt ei tööta – ta ei suuda isegi kahte sammu astuda, ausalt. Abi peab olema elementaarselt lihtne ja selgelt mõistetav. Mitte mingi keeruline süsteem, kus sa pead pool tundi aru saama, mida tegema peab."* (Naine, 18–34)

Takistuseks abivõimaluste otsimisel võib saada ka info üleküllus. Näiteks on internetiotsingul vaja osata kasutada õigeid märksõnu, kuid siingi võib takistada stigma ehk soovimatus end sõltuvushäirega seostada. Lisaks tõstatati probleem, et noored võivad sotsiaalmeedias saada ebapädevat infot ja nõuandeid. Tunnetatakse vajadust teekaardi järele, mis suunaks konkreetse teenusepakkuja juurde (näiteks SÜTIKusse), kus selgitataks välja edasine teenuste valik.

Intervjueeritute hinnanguid info ligipääsetavusele kinnitab ka nende endi isiklik kogemus abivõimalustest teadasaamisel. Teenustest kuuldi tuttavatelt või elukaaslaselt, sageli teistelt tarvitamiskogemusega inimestelt, kes olid osalenud näiteks SÜTIKus või Viljandi Haigla teenusel. Suur mõju võib seejuures info jagamisel olla neil taastujatel, kes on kogemusnõustajad ning saavad kummutada valeinfot ja julgustada inimest teenusele minema. Samuti ilmnes intervjuudest, et infootsingu töö on suuresti enda kanda võtnud lähedased pereliikmed. Tuli ette ka seda, et teenuseid otsiti ning prooviti pikka aega ise ja lähedaselt paluti sobiva teenuse leidmiseks abi kriisiseisundisse jõudes.

Infot saadi ka teistel teenustel osaledes: Viljandi Haigla kohta näiteks PERHi, Libertase, Elulootuse Tervisekeskuse, SÜTIKu või kahjude vähendamise keskuse (nt „Me aitame sind") kaudu, juba Viljandi Haigla teenusel olles, aga teistelt klientidelt näiteks Convictuse ja Confido või erinevate nõustamise (psühholoog, sotsiaaltöötaja, võlanõustaja) võimaluste kohta. Ühe näitena saadi infot ka lapseootele jäädes, kui arstid tasuta teste ja teenuseid soovitasid, kuid ka siis toetuti lõpliku otsuse tegemisel tuttavalt saadud infole.

Samuti saadakse infot juba õigussüsteemis olles, näiteks vangla kontaktisiku või kriminaalhooldaja kaudu, riiklikult advokaadilt või prokurörilt. Seejuures tuli ette kogemust, et esimest korda kuuldigi mõnedest teenustest vanglas. Esines ka teenusesaajaid, kellel on info paljude abivõimaluste kohta ainult seetõttu, et nad on selle valdkonnaga töö kaudu seotud.

Samas oli intervjueeritute seas ka neid, kes olid teenustest (nt Viljandi Haigla, Lootuse Küla või AA) teada saanud meedia kaudu või näiteks Sotsiaalministeeriumi ja Justiitsministeeriumi avaldatud artiklitest. Erinevaid kogemusi oli intervjueeritutel ka sotsiaalmeediaga: oli neid, keda enda sõnul tarvitamise perioodil see infokanal üldse ei kõnetanud, kui ka neid, kes saidki näiteks ühe psühholoogi sisuloome kaudu aru, et vajaksid abi ning osalesid nende pakutavas programmis.

Kuidas soovitakse saada infot teenuste kohta

Leitakse, et infot erinevate abivõimaluste kohta peaks levitama aktiivsemalt ja laialdaselt igal võimalikul platvormil. Teavet soovitakse saada põhiliselt avalikust ruumist – veebist, eriti sotsiaalmeediast, televisioonist, tänavapildist –, aga ka erinevatel teenustelt, mida uimasteid tarvitavad inimesed võivad kasutada. Infot võiks teenusesaajate hinnangul levitada reklaamidena nii plakatite ja lendlehtede näol bussipeatustes, ühistranspordis, tänavatel, arstikabinetis ja haiglates, postkastides, poodides jne, kui ka televisioonis, sotsiaalvõrgustikes – Facebookis, TikTokis, Instagramis –, uudisteportaalides, linnade veebilehtedel jne. Pakuti, et sellised reklaamid võiksid sisaldada telefoninumbrit või viia QR-koodi või lingi kaudu konkreetse teenuse veebilehele.

Üldiselt leitakse, et teave teenustest peaks olema praegusega võrredes lihtsamini leitav, põhjalikum, konkreetsem ja arusaadavam – andma selge ülevaade teenuse sisust (sh Viljandi Haigla rehabilitatsiooniprogrammi kohta) ja sisaldama konkreetseid kontakte, kellelt teenuse kohta rohkem uurida. Eriti oluliseks peetakse, et infot jagaksid kogemusnõustajad või lihtsalt sarnase kogemusega inimesed, kes on uimastitest loobunud, sest pigem kuulatakse neid, kes on ise olnud samas olukorras. Muuhulgas soovitakse, et teemast räägitaks ja kogemusi ja edulugusid kajastataks enam avalikus meedias, nt televisioonisaadetes, mh ühiskonna teadlikkuse tõstmise eesmärgil nii probleemist endast, selle ulatusest kui ka abivõimalustest.

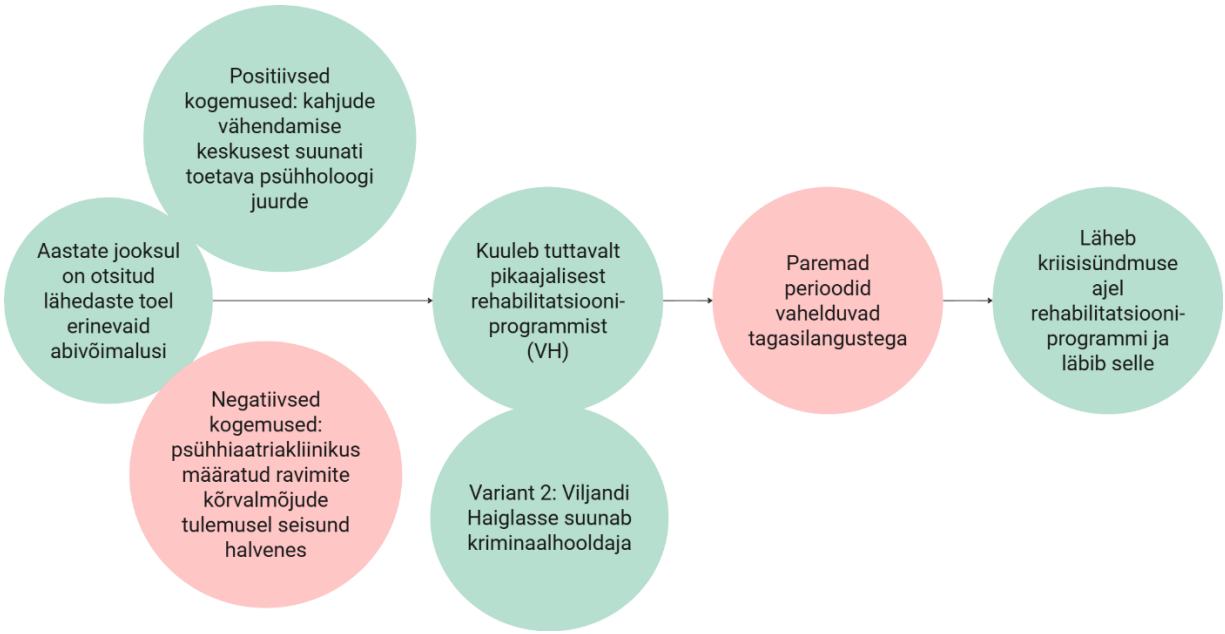
3.2. Teenustele sisenemine

Intervjueeritute seas oli neid, kes jõudsid teenusele õigussüsteemi kaudu karistuse asendusena, olles varem vähesel määral või üldse mitte uimastitarvitamise häirele suunatud teenuseid kasutanud. Neil juhtudel andis prokurör valiku osaleda SÜTIKu programmis, sealt edasi võidi teenusesaaja suunata vaimse tervise õe vastuvõtule, kust omakorda jõuti näiteks mõnda pikemasse raviprogrammi. Samas võidi ka SÜTIKuga piirduda ning sealt saadi mitmel juhul positiivne kogemus: tugiisikuid kirjeldati kui hoolivaid ja empaatilisi inimesi, kellega oli lihtne erinevate murede korral kontakti leida. Varasemast ajast võis mõnel sellisel teekonnal olla ka põgus kokkupuude rehabilitatsiooniteenustega, mis aga hakkas usulise suunitluse tõttu vastu. Samuti oli varem muude terviseprobleemidega pöördutud näiteks tavateenuste seast psühhiaatri poole. Karistuse asendamine oli mõnel juhul ka kõige esimene teenustele sisenemise punkt.

Õigussüsteemist (kas esimest korda või vaheetapina) sisenejate teekondadel näib veel märkimisväärne, et prokurör või kriminaalhooldaja võisid anda valiku Wismari ja Viljandi Haigla vahel või suunatigi inimene esimese valikuna Wismarisse. Kirjeldati kogemust, kus valik langes Viljandi Haigla kasuks, sest Wismaris ei peetud nende pakutavat inimesele sobivaks. Mõnel teisel teekonnal sai aga kriminaalhooldusest Wismarisse suunamine katkemise kohaks, sest teenusesaaja ei jõudnud sinna (olles seda teenust mh varem oma

teekonnal juba ka kasutanud). Seisundi halvenedes pöörduti uuesti kriminaalhooldaja poole ning nii temalt kui ka tuttavalt saadud info toel tehti teisel korral otsus minna Viljandi Haiglasse. Need näited võivad viidata vajadusele parema ja ühtlustatud teadlikkuse järele õigussüsteemis eri teenustest ning nende sobivusest konkreetsele inimesele.

Siinsesse uuringusse kaasatud intervjueeritute kogemuste põhjal näivad tavapärased ka need teekonnad, kus aastate jooksul on proovitud mitmeid erinevaid teenuseid, kuni lõpuks on jõutud kas lähedaste mõjul, tuttavate soovitusel, mõne teise teenuse või õigussüsteemi kaudu Viljandi Haigla teenusele. Kõige esimest sisenemispunkti ja aastaid tagasi proovitud teenuste täpset järjekorda seejuures intervjuudest üldjuhul ei ilmnenud ning kõiki teenuseid ei pruugita ka mäletada. Nende varasemate kontaktpunktide seas võivad aga olla Wismari, kahjude vähendamise keskused, erinevad psühhiaatriahaiglad ja tavateenused (nt kaasuvate probleemide korral psühhiaater), Lootuse küla, asendusravi ning mõnel juhul ka SÜTIK ja vanglateenused (nt Eluviisitreening).



Joonis 12. Teenustel osalemise teekond 1. Allikas: uuringu meeskond.

Seejuures näib korduvat muster, et mitmest eelnimetatud teenusest pole alati abi saadud või pole teenuse suunitlus sobinud. Vastu võib hakata usuline käsitlus, samas kui näiteks vanglates pakutav Eluviisitreening võib jääda kaugeks. Üks korduvaid teenustele sisenemise kogemusi näib olevat seegi, et kitsalt farmakoloogilisele toele keskendunud ravi (nt Wismaris, psühhiaatriakliinikutes) pole inimest edasi aidanud või on tekitanud seisundi järsu halvenemise (nt psühhoosikogemuse) tõttu ka hirmu teiste psühhiaatriakliinikute ees. Mõnel teekonnal on aga psühhiaatri juures käimist jätkatud ainuüksi ravimite saamiseks ning tavateenustelt saadud psühhotroopsed ravimid võivad intervjueeritute kogemuses olla ka sõltuvushäire tekke üks alguspunkte.

Väljendati ka arvamust, et kahjude vähendamise keskusest ei jagatud teenuste kohta infot, samas kui asendusravi saades ei olnud mitmed intervjueeritud tookord muudest abivõimalustest huvitatud. Tõdeti, et mõnel varasemal etapil ei oldud ka valmis end aidata laskma.

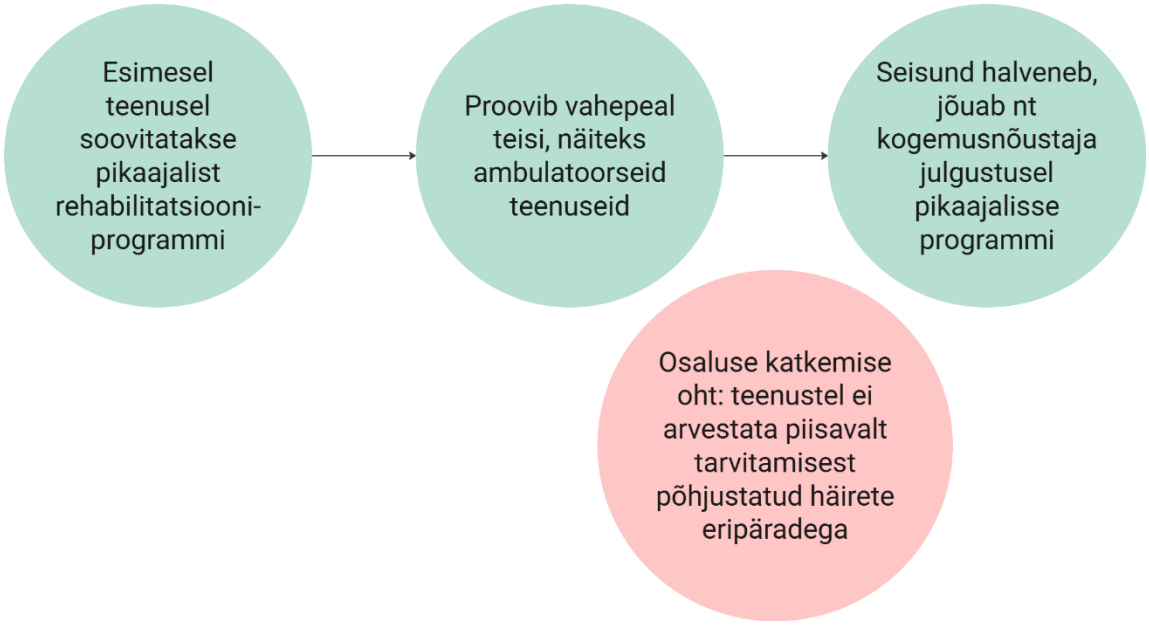
Eri teenustele on seejuures varasemalt inimese viinud sageli lähedased ning teekonna hilisemas etapis on Viljandi Haiglasse lisaks kriminaalhooldusele jõutud eelkõige kas tarvitamisest loobunud tuttava eeskujul või lähedaste ultimaatumi (sh kriisiseisundisse jõudmise) tõttu. Iseloomulik võib sellistele teekondadele (kus Viljandi teenusele on minevikus eelnenud mitmeid eri teenuseid) olla seegi, et Viljandi Haiglasse on juba lähedaste mõjul jõutud, kuid sealt lahkutud ning mõne kriisisündmuse ja sisemise otsuse ajel hiljem tagasi minnes programm läbitud. Sellisel vahelduval perioodil on mõnel teekonnal olnud kokkupuudet ka näiteks kiirabiga (tervise halvenedes korduvate väljakutsete kaudu). Samuti on vaheetapina satutud näiteks psühhoosi tõttu psühhiaatriahaiglasse.

Enne Viljandi Haigla programmi olemasolu või sellest teadasaamist on neil teekondadel olnud teiste teenuste seas aga ka selliseid kontaktpunkte, mida kirjeldati positiivsena, näiteks Elulootuse Tervisekeskus või kahjude vähendamise keskused (intervjueeritute sõnastuses süstlavahetuspunktid), kustkaudu jõuti näiteks abivalmi psühholoogini. Tuge on varasemalt saadud ka AA ja AN-i gruppidest ning mõne tasulise psühhiaatri juurest, kes toetas seeläbi, et diagnoosis näiteks kaasuva psüühikahäire ning määras sobiliku raviskeemi. On raske hinnata, millist mõju täpselt erinevad minevikus proovitud teenused inimese tervenemise protsessile võisid avaldada. Üks järeldusi Viljandi Haiglale eelnenud aastate kohta võib olla see, et vajaka jäi sel perioodil just statsionaarsest ning pikaajalisest programmist.

Leidus ka teekondi, kus Viljandi haiglast on saadud teada teise teenuse kaudu, mis on olnud kõige esimeseks kontaktpunktiks teenustele sisenemisel. Vahepeal on aga Viljandisse minekut justkui edasi lükatud, st paremate perioodidel püütud omal jõul hakkama saada ning tagasilanguste korral proovitud mõnda muud (ambulatoorset) teenust. Viljandi Haiglasse mineku otsuseni on aga jõutud samuti mingil moel murdepunktis olles, näiteks lähedaste ultimaatumi tõttu või oluliselt halvenenud tervise pärast.

Neil juhtudel on positiivsena kirjeldatud esmane sisenemispunkt teenustele, kus ka spetsialistilt Viljandisse minekuks soovitus anti näiteks sõltuvushäire nõustamiskeskusest (tasulise teenusena) või psühhiaatriakliinikust. Lõplikku otsust Viljandi intensiivsesse programmi minna on julgustanud näiteks vahepeal proovitud ambulatoorse teenuse kogemusnõustaja. Samas aga võivad suurt pühendumust nõudvasse pikaajalisse programmi minekut takistada mõnel juhul lähedased. Teekonna vahepealsetel etappidel, st teenusele sisenemise ja Viljandisse jõudmise vahel, on üks negatiivseid kogemusi olnud sarnaselt eelkirjeldatud teekondadele ka see, kui mõnes psühhiaatriakliinikus keskendutakse liiga kitsalt ravimravile ilma psühholoogilise toeta.

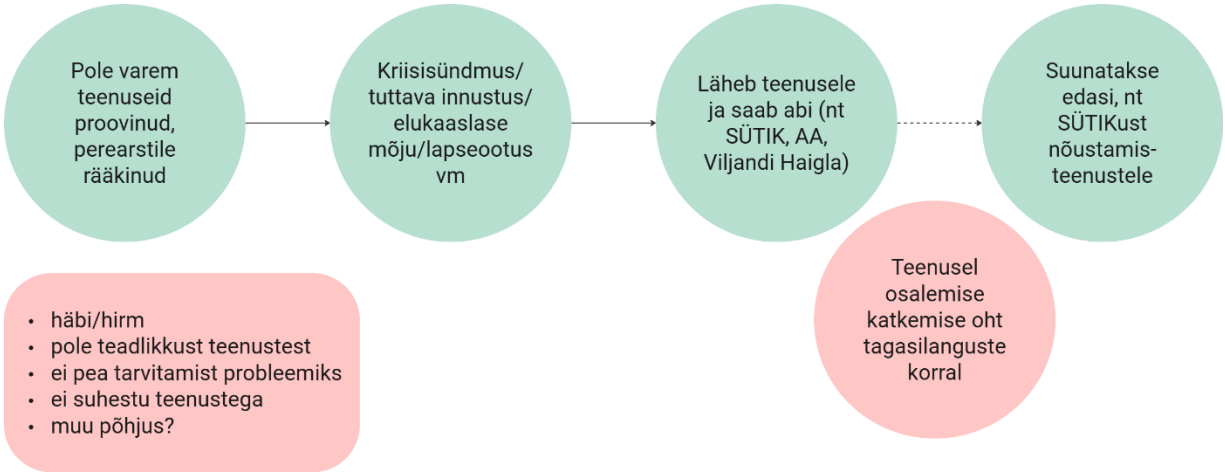
Keerulisem näib intervjueeritute kogemuse järgi saada abi psühhotroopsete ravimite tervistkahjustavast tarvitamisest põhjustatud häire korral. Nii algas üks teekondi alles üledoosi tõttu haiglasse sattumisega ning jätkus Viljandi Haigla kuuajase programmiga. Seal saadud kogemus oli positiivne, kuid võinuks ehk veel enam ravimisõltuvuse eripärasid arvesse võtta. Oli ka neid, kes väljendasid tunnetust, et ilma ravimisõltuvusele lisandunud stimulandisõltuvuseta poleks neid ehk Viljandi Haigla programmi vastu võetud. Positiivsena toodi mõnel teekonnal esile toetav perearst, kes oskas ravimite kirjutamisel arvesse võtta tarvitamishäire mõju.



Joonis 13. Teenustel osalemise teekond 2. Allikas: uuringu meeskond.

Kanepit tarvitavate inimeste puhul tundub abiotsingute eripära olevat see, et enda tarvitamist ei pruugita üldse probleemseks pidada või seostada seda Viljandi Haiglas või SÜTIKus pakutavaga. Takistab stigma ehk peljatakse seost enda seisundi ja sihtrühma vahel, kes neilt teenustelt justkui tavapäraselt abi saavad. See on mõnel teekonnal viinud mitmesuguste abivõimaluste otsinguteni, mille seas on esinenud negatiivseid kogemusi, sh psühhiaatriahaiglates. Vahel on aga teenuseni jõutud esimest korda karistuse asendamise kaudu (Viljandi Haiglasse ühekuulisesse programmi) või ka uimastitarvitamise kogemusega elukaaslase mõjul (SÜTIKusse) ning neilt teenustelt on abi saadud. Kuigi spetsiaalselt kanepitarvitamisele suunatud VALIK-programmist olid mõned intervjueeritud teadlikud, kirjeldati ühe sinna mitte jõudmise põhjusena pikka ooteaega – kuigi uuringu läbiviimise ajal nähtub programmi kodulehelt pea olematu või minimaalne ooteaeg (sageli on võimalik saada vastuvõtuaeg juba järgmisesse päeva). Viljandi Haigla kui statsionaarse pikaajalise teenuse alternatiivina on aga kanepit tarvitanud inimesed saanud positiivse kogemuse näiteks Rapla Töömaja programmis. Võimaliku takistusena toodi siinkohal esile Viljandile sarnase järelprogrammi puudumist, mis eeldab inimeselt endalt pingutusi edasise toe otsinguil.

Intervjuudes kirjeldati ka selliseid teekondi, mis on alanud tuttava või elukaaslase eeskujust, aga ka valdkonnas töötamise mõjul ehk enne seda pole ühtegi uimastitarvitamise häirele suunatud teenust kasutatud. Nii on jõutud näiteks SÜTIKusse (sh nt Lunesti kaudu ja sealt edasi erinevatele nõustamisteenustele), mida kirjeldati kergesti arusaadava ja kättesaadavana, või AA-sse. Ajendit abi otsimisele on andnud lapseootus, mil soovitusi teenustele minna on saadud tavapärastelt tervishoiuteenustelt (lõplikku otsust on toetanud tuttavatelt saadud info). Samuti kirjeldati intervjuudes lähedase inimese tarvitamise tõttu kogetud emotsionaalseid raskusi, mis eelkõige teenusele sisenema ajendasid.



Joonis 14. Teenustel osalemise teekond 3. Allikas: uuringu meeskond.

Teenustele sisenemist on neil teekondadel varem takistanud näiteks see, et minevikus ei pruugitud kohalikest abivõimalustest (nt Ida-Virumaal) teadlik olla või polnud häbi ning sildistamise hirmu tõttu julgust neile minna (nt liituda tugigrupiga või rääkida oma tarvitamisest perearstiga). Samuti võib ühe märkimisväärse põhjusena teekond näiteks SÜTIKu kaudu leitud nõustamisteenuse saamise etapis katkeda siis, kui inimesel on spetsialisti ees häbi oma tagasilanguse pärast.

Olulise takistusena teekonnal toodi intervjuudes esile ka tervishoiuteenuste osutajate eelarvamusi ning põlglikku suhtumist, mida kogesid psühhiaatriahaiglates näiteks alkoholitarvitamise häirega abiotsijad. Kokkupuudetes teenustega, mis ei ole uimastitarvitamise häirele spetsialiseerunud, kogeti ka, et näiteks psühhiaatrid, perearstid ja neuroloogid ei pidanud alkoholi tarvitamist abiotsija enda hinnangust hoolimata probleemiks ega diagnoosinud tarvitamishäiret. Intervjuudes väljendati muret, et alkoholitarvitamise häirele keskendunud teenuseid pole piisavalt ning infot nende kohta on tarvitajal väga raske leida. Minevikus on saadud mõnel teekonnal vaid võõrutusravi (nt Wismari või Kordamed), mille puhul on takistuseks saanud ka hind, ning toetutud info otsimisel ja teenustele jõudmisel suurel määral lähedastele. Ka alkoholi tarvitamisest põhjustatud häirega inimeste seas oli neid, kes jõudsid esimest korda teenusele õigussüsteemi kaudu.

Positiivse kogemuse on seejuures alkoholitarvitajad saanud näiteks AA-gruppidest ning uue teenusena ka Tartu Ülikooli Kliinikumi statsionaarsest alkoholitarvitamise häire raviprogrammist. Samuti aitas mõnd intervjueeritut tasuline kliinilise psühholoogi pakutav veebipõhine rehabilitatsiooniprogramm, millest saadi teada sotsiaalmeedia vahendusel. Katkemise kohtadeks võivad aga ka mõnedel neist teekondadest kujuneda tagasilangused, näiteks on jõutud AA-sse kahel korral, teisena neist kriisisündmuse mõjul. Samuti on potentsiaalne oht järeltoe puudus: TÜKi programmi läbinud inimene väljendas muret, et nüüd peab tarvitamisest hoidumisel toetuma ainult oma tahtejõule.

Raskused teenusele pääsemisel

Intervjuudes leiti, et teenusele pääsemist võib ühe tegurina raskendada kohtade puudus: väljendati muret, et eelarvekärbete tõttu, aga ka õigussüsteemist suunamise mõjul on Viljandi Haigla narkootikumide tarvitamise häire rehabilitatsiooniprogramm ja järelteenused muutunud vähem kättesaadavaks. Ootejärjekord võib aga abisaamist takistada, kui koha

vabanedes ei ole inimene enam teenusele tulekuks motiveeritud. Esines ka vastupidist arvamust, et pikem ootejärjekord aitas intensiivsele teenusele mineku mõttega harjuda, aga seda pigem nende intervjueeritute puhul, keda iseloomustas kogu tarvitamisest loobumise teekonna jooksul kõrge motivatsioon.

Lisaks Viljandi Haiglale võis ooteaeg takistada jõudmist Tartu Ülikooli Kliinikumi statsionaarsele alkoholiraviteenusele: teenusel on vaid 14—15 kohta ning ooteaeg vahel poolteist kuni kaks kuud.

> *„Eks neil on järjekord seal taga, aga minu arust kõige huvitavam on see kuidagi, et sa tegelikult, kui sul see kõige raskem moment on, sa tahaks tegelt sinna [Viljandi Haigla teenusele] minna kohe. Et mul oli ka, ma mäletan, mul oli vahetult enne, kui ma keskusesse läksin, kuskil ma arvan, et nädal, poolteist-kaks nädalat enne mulle helistati ja seal sa oled jälle sellises seisundis ja ainete mõju all, kus sa arvad, et sul pole seda vaja."* (Mees, 35—54)

Osutati ka spetsiifiliste teenuse puudusele, näiteks tuntakse vajadust alkoholitarvitamise häirele suunatud, kuid Viljandi Haigla teenusega sarnase pikaajalise raviprogrammi järele, mis võimaldaks keskkonnamuutust ning kus spetsialistid tegeleksid inimesega individuaalselt. Arvati, et eriti raske on teenuseid leida alkoholitarvitamise häirega naistel. Rohkem teenuseid tarvitamishäirega inimestele võiks intervjueeritute hinnangul pakkuda ka vanglates.

Keeruline on teenuseid leida ka psühhotroopsete ravimite tervistkahjustavast tarvitamisest põhjustatud häirega ning mitmikdiagnoosiga inimestel. Intervjueeritu kirjeldas, et ka Viljandi Haiglast on ravimitarvitamise häirega teenusesaajad kogenud suhtumist, et eelistatakse töötada opioiditarvitajatega. Samuti võivad mitmesuguste kaasuvate psüühikahäiretega inimesed jääda kõrvale igasugusest abist, nii rehabilitatsiooni- kui ka psühhiaatriahaiglate teenustelt. Intervjuudes teati rääkida juhtumitest, kus need abivajajad elavad hoolimata sotsiaaltoetuste saamisest tänaval.

Praktiliseks takistuseks võib kujuneda ka kaugus teenustest või nende puudus Eesti eri piirkondades, näiteks ei pruugi mõnest maakonnakeskusest saada ühistranspordiga Viljandisse.

Lisaks tõsteti esile psühholoogide puudust ning raskusi psühhiaatri vastuvõtule saamisel – väljendati tunnetust, et abisaamiseks peab „kõvasti põhja käima" või oma seisundi tõsidust tõestama. Abiotsijaid on psühhiaatriakliinikust juhatatud edasi näiteks mõne teise nõustamisteenuse osutaja juurde (nt Vaimse Tervise Keskus). Samuti on tervishoiuteenustel kogetud eelarvamusi ja vahel koguni põlglikku suhtumist tarvitajatesse.

> *„[M]a igapäevaselt olen tugiisik ee ... narkomaanidele ka, et, et ma väga hästi tean, mida see tähendab ... et kui sa kiirabi [kutsud]... ükskõik, mis häda on, siis on ta ... esimene, on ta narkomaan ja kindlasti on tal võõrutusnäht onju et ... et, noh, nagu midagi muud ei saaks olla."* (Naine, 35—54)

Teenuste hinda toodi esile takistusena, samas oli aga tasuline võõrutusravi (Wismari, Kordamed) mõne alkoholitarvitamise häirega inimese teekonnal ainus, mida õnnestus kätte saada. Täheldati ka, et mõningaid teenuseid (nt Libertas) võib siiski saada Töötukassa kaudu tasuta, kuid samuti tõdeti, et erinevatest võimalustest ei pruugi kõigil olla piisavat teadlikkust.

Mõnel juhul peeti vedamiseks, kui Töötukassa nõustamisteenusel võimaldati lisasessioone – mis võib viidata vajadusele teenuse mahtu suurendada.

Takistusena psühhiaatriakliinikusse vaimse tervise õe vastuvõtule või ravile pääsemisel mainiti ka kainuse nõuet.

Oli ka neid, kes arvasid vastukaaluks, et objektiivset põhjust, mis teenusele pääsemist takistaks, ei olegi olemas: kõik on teenused on kättesaadavad ja kvaliteetsed ning piisab soovist ja otsusest abi saada.

Raskused abi otsimisel

Ühe põhilise tegurina takistab uimasteid tarvitavaid inimesi abi otsimisel see, kui tarvitamisest tulenevaid probleeme ei tunnistata ega usuta, et abi on vaja. Olukorra eitamise ning abi edasilükkamise taga võivad omakorda peituda erinevad põhjused. Näiteks kardetakse teenusesaajate sõnul teadvustada oma tarvitamishäire tõsidust ning teha tööd iseendaga, st seista silmitsi enese keeruliste tunnetega. Samas ei taheta seostada ennast teiste sõltuvushäirega inimestega stigma tõttu, mistõttu jäetakse abiotsingul mitmed teenused kõrvale (näiteks kahjude vähendamise keskused, Viljandi Haigla). Tuntakse häbi ja hirmu, et teenustele minekul tuleb inimese tarvitamine ilmsiks ja talle omistatakse negatiivne silt, mis võib omakorda tuua halbu tagajärgi. Eriti võib häbitunne takistada mõne intervjueeritu hinnangul naisi, kelle puhul tarvitamist justkui rohkem imeks pannakse.

> *„Ma ei olnud siis seal [kahjude vähendamise keskuses ise teenuseid kasutanud] ... noh, ainult kui kedagi saata, et süstal ära tuua. Ma ei saa öelda, et ma oleks olnud häbelik. Peaasi oli mitte vahele jääda! See oli mul kõige tähtsam.“* (Naine, 18—34)

Seejuures ei pruugi tarvitaval inimesel olla usku endasse, et uimastitarvitamisest vabanemise ning kaine eluga, sh eluraskuste ja probleemidega, tullakse toime. Intervjuudes kirjeldati, kuidas tarvitajana võib olla kujunenud ka vastutustundetu ja hoolimatu suhtumine oma ellu, mis omakorda tingib ootuse, et keegi teine teeb inimese eest otsuse või lahendab probleemid. Teisalt võib aga abi otsimisel takistuseks saada veendumus, et kõigega saadakse ise hakkama, eriti kui tuntakse oma olukorra pärast häbi ning senini on suudetud end omaenese tahtejõu abil mitu korda kokku võtta. Kirjeldati näiteks olukordi, kus teenuste otsimisel on mõne tuttava antud soovitused tekitanud pigem vastumeelsust ning otsuseni on tahetud ise jõuda.

Abi otsimist pärsib ka hirm raviga seotud tundmatute olukordade, näiteks võõrutusnähtude ees. Samuti kardetakse oskamatust tulla toime kainusega ning sellega seotud negatiivsete emotsioonide, sh igavusega. Emad aga tunnevad hirmu, et kinnisesse asutusse minnes ei näe nad oma lapsi või võetakse abi otsides sõltuvusprobleemi ilmsikstuleku tõttu lapsed üldse ära. Mitmesugused hirmud näivad tulenevat teadmatusest teenuste sisu kohta, mida võivad võimendada varasemad halvad kogemused mõne muu teenusega.

Näiteks on intervjueeritud vältinud psühhiaatriahaiglaid farmakoloogilise ravi hirmus, sest peljatakse, et see võib omakorda põhjustada sõltuvust või psühhoosi. Kirjeldati mõnedes psühhiaatriahaiglates kogetud suhtumist, et peale ravimite (nt rahustite või antidepressantide) polegi tarvitajal muud tuge vajagi. Intervjueeritute kogemuse põhjal pole ainuüksi võõrutusravi ja asendusravi tervenemiseks aga piisavad: näiteks ei tekkinud

asendusraviteenusel viibides motivatsiooni võtta vastu teisi pakutud teenuseid, sest ravi hoidis küll elus, kuid ei aidanud tarvitamist vähendada.

Pigem puudulikuks on intervjueeritute varasema kogemuse järgi jäänud nö tavateenustest ka psühholoogide ja psühhoterapeutide abi, sealjuures esineb juhtumeid, kus pikka aega pole saadud vajalikku tuge kaasuvate vaimse tervise probleemide, nt aktiivsus- ja tähelepanuhäire (ATH) korral. Samuti ollakse vahel vastu teenuse usulisele suunitlusele (sh nt AA puhul), kuid ei olda teadlikud ka ühestki teisest võimalusest. Puudub teadmine teenuste potentsiaalist inimest päriselt aidata: näiteks väljendati intervjuudes üllatust, et neid Viljandi Haigla rehabilitatsiooniteenusele nii soojalt vastu võeti, et sinna sai kiiresti (antud näites nädalaga) ning seal pakuti lisaks alkoholitarvitamise häire ravile ka muid teenuseid.

Tugevat mõju avaldavad sotsiaalsed tegurid: kardetakse, et kui teised inimesed tarvitamishäirest teada saavad, saadakse osaks nendepoolsele vääriti- ja hukkamõistule. Seejuures on intervjueeritud negatiivset suhtumist ka päriselt kogenud, ühelt poolt tervishoiuteenuste osutajatelt (näiteks psühhiaatriahaiglates), teisalt on inimest häbistanud ja süüdistanud lähedased, näiteks vanemad. Abi otsimist võib lisaks raskendada lähedaste enda tarvitamishäire või tarvitamist soodustavad hoiakud: vanemad ei pruugi mõista, millist toetust nende laps tegelikult vajab, samas kui tarvitav elukaaslane võib takistada inimest teenusele minemast. Tähtsat rolli võivad sel juhul kanda kogemusnõustajad, kes abiotsijat teenusele jõudmisel toetavad.

> *„Minu jaoks tähendas „vahele jäämine" seda, et ma pean oma sõltuvust tunnistama. Mul oli oma hirmud ... et äkki keegi tuttav saab teada [kui ma teenusele lähen] ... noh, neid hirme oli ikka palju. Aga mind võeti vastu nagu ma oleks siin juba 300 aastat olnud!"* (Naine, 18—34)

Teisalt on oluline abiotsinguid pärssiv tegur just üksindus ja isoleeritus. Teenusesaajad kirjeldasid, et tarvitava inimese sotsiaalne võrgustik on tihti lagunenud ning puudub keegi, kes inimest toetaks ja suunaks. Tahet abi saamiseks kuhugi pöörduda on aga üksinda raskem leida – pole jõudu ega jaksu ise midagi ette võtta, kuigi tunnistatakse endale probleemi olemasolu. Toetavate suhete ning seeläbi motivatsiooni puudust võimendab seegi, et sõltuvusega inimesed võivad end sõpradest eemal hoida ning sõbrad ise ei pruugi ka ohustavat tarvitamist märgata, eriti kui elatakse väliselt tavalist elu edasi (näiteks ravimisõltuvuse korral).

Praktiliste takistuste hulka kuulub see, et veebis on infot vähe või on seda keeruline leida (mõne näitena Viljandi Haigla ning AHR programmi kohta), kuigi teadmatus tähendas ühel juhul ka seda, et teenusele mineku ees oli vähem hirmu. Otsinguprotsessis sattusid mõned intervjueeritud alkoholitarvitamise häire kontekstis eelkõige võõrutusravi pakkuvate asutusteni, millest saadavat abi ei peetud aga piisavaks. Intervjuudele tuginedes võivad mõnedel teenustel olla ka spetsiifilised barjäärid: näiteks kirjeldati, et vanglast vabanedes ei võimaldatud elektroonilise valve rakendamise tõttu minna Viljandi Haiglasse, vaid ainult usulise suunitlusega rehabilitatsioonikeskustesse, mis abiotsijale aga ei sobinud.

Samuti tõsteti esile pikka ooteaega Viljandi Haiglasse pääsemiseks (kuu või poolteist, mõnel juhul kauemgi), millel võivad teenusesaajate sõnul olla rasked tagajärjed (abiotsija saab ooteajal üledoosi). Vajaliku abi saamist võib pärssida ka rahapuudus: inimestele ei pruugi olla

kättesaadavad sõltuvushäire ravi pakkuvad erateenused. Kirjeldati aga ka kogemust, et kaasuvate psüühikahäirete raviks ei saadud endale nooremana lubada tasulist psühhiaatrit ning puudulik abi soosis sõltuvuse süvenemist (tarvitamine näis psüühikahäiret leevendavat).

Motivatsioon abi otsimisel

Abi otsimise otsus võetakse sageli vastu alles tarvitaja jaoks viimasel hetkel, intervjueeritute sõnul elu madalpunkti jõudes või täielikult „põhja käies", mil tekib arusaam oma tegelikust olukorrast ning tunne, et elus peab midagi muutuma. Intervjuudes leiti, et enne kui iseseisvalt sellise mõistmiseni jõutakse, ei saagi keegi inimest mõjutada.

Madalpunkt võib olla igaühe jaoks mõneti erinev, kuid seda näib iseloomustavat sundseisund piiratud valikute hulga ees: teenusele mineku ajendiks võib saada näiteks oluliselt halvenenud füüsiline ja/või vaimne tervis, millega võib kaasneda veel mitmeid tegureid, näiteks oht sattuda vanglasse ning häbitunne lähedaste ees. Intervjueeritud kirjeldasid, et teenusele minek on sellel hetkel üks viimaseid võimalusi, sest seistakse silmitsi surmahirmuga. Madalpunktis ei saada enam igapäevaeluga hakkama ning tajutakse ohtu enesele ja teistele: teadmiseni muutuse vajadusest võivad viia näiteks enesetapukatsed ning üledoosid. Samuti võib otsustavaks saada lähedaste ultimaatum: näiteks on intervjueeritud pidanud valima teenusele mineku ja vanematekodus edasielamise vahel. Taolises äärmuslikus seisundis tuntakse vajadust just keskkonnavahetuse ning kinnise asutuse järele.

Tundele, et vanamoodi enam jätkata ei saa, võivad intervjueeritute kirjelduste järgi viidata ka muud märgid: muuhulgas see, kui aine ei paku enam naudingut ega positiivseid emotsioone. Motivaatoriks võib saada väsimus pidevatest tagasilangustest ning soov muutuda: näiteks luua pere ja olla õnnelik. Mõjutada võib ka mõni muu pöördeline elusündmus, sealhulgas lapseootus või mingil moel tähenduslikku vanusesse jõudmine (näiteks lähenemine 30-le).

> *„Ma olin ... nagu väsinud tõsiselt sellest elust, et nagu ... trambingi nagu ringiratast, et ühe koha peal võib-olla või siis nii-öelda, et ma ei jõua nagu mitte kuhugi – see muster kogu aeg üks ja seesama. Kogu see aeg on ... töötad ennast juba üles ja sul on kõik juba hästi ja siis lähed jälle jamaga endale, et ... ja siis läheb kõik jälle nagu allamäge sinna nulli tagasi, kust sa kunagi alustasid, et ..."* (Mees, 35-54)

Seejuures on enne kriisisündmuseni jõudmist pika aja, vahel aastate jooksul läbitud paljusid paranemise (hõlmates tarvitamisest hoidumise, vähema või kontrollitult tarvitamise) ja tagasilanguse perioode ning ka lähedased on püüdnud inimest selle aja vältel aktiivselt mõjutada, ka siis, kui inimene ise veel üldse enda tarvitamist probleemina ei taju. Selle aja jooksul võib inimene olla isegi lähedaste mõjul juba teenusele jõudnud, kuid on sealt lahkunud (ning seejärel veel mitmeid kordi naasnud ja katkestanud). Näib, et pereliikmete pealekäimisest üksinda sel teekonnal ei ole piisanud, vaid otsustav kannapööre on siiski aset leidnud kriitilisse seisundisse jõudes. Ka sellises piiratud valikutega olukorras näib inimesele tähtis, et lõpliku otsuse teenusele minna teeb ta siiski ise.

> *„Tähendab, ei, ema oli nagu see mu kõrval nagu, kes arvas, et oleks võinud abi otsida. Mul oli pigem ikka nii, et algul oli lahe ja* fun *ju ... ee, siis kui noor olid ja nii edasi, algul oligi lahe ja* fun *nagu. Abi ... ee ... ma hakkasin aru saama alles nagu päris hilja, siis kui asjad olid juba nagu täiega tuksis nagu /.../ Noh, tundsid juba nagu vaimselt, et nii raske on ja, aga sa ei oska nagu midagi teha ja midagi ette võtta."* (Naine, 35-54)

Samas on ka murdepunkti jõudes lähedaste ja/või tuttavate roll tähtis: intervjuudest ilmnes, et kuigi inimene tegutseb sel hetkel eelkõige sisemise veendumuse ajel, võidakse näiteks pereliikmelt saada tuge teenuste kohta info otsimisel või tuttavalt teavet mõne teenuse olemasolu kohta, mis on tõesti aidanud (näiteks Viljandi Haigla). Intervjueeritute hinnangul võib palju sõltuda just hästi suhtuva ja motiveeritud pereliikme toetusest, kuna nende enda sisemine motivatsioon kõigub. Sotsiaalne motivaator on seegi, kui soovitakse teistele tõestada oma suutlikkust hakkama saada ja tarvitamisest hoiduda. Abiotsimist toetab aga ka eelnev töökogemus ning tugevad suhted – tekitades tunde, et on, millest alustada, ning andes arusaama, kuhu tahetakse elus jõuda.

Sageli on teenuse vastuvõetavaks teinud ka need tuttavad, kellega varem koos tarvitati, ning suurt mõju avaldavad (tuttavatest või ka näiteks elukaaslasest) kogemusnõustajad, kes suunavad inimest minema esimest korda teenusele või ühelt teenuselt teisele, näiteks ambulatoorselt statsionaarsele. Teenusele mineku ajendiks võib saada mõjus eeskuju: teise tarvitamiskogemusega inimese väljatulek keerulisest olukorrast (nt raske liikluskuritegu) ning kaineks jäämine. Üks eristuvaid motivaatoreid, mida intervjuudes kirjeldati, oli aga lähedase sõltuvushäire ning sellest tulenev tarvitamine ning emotsionaalsed raskused, intervjueeritu sõnastuses ka kaassõltuvus, mis sundis abi otsima.

Lisaks eelkirjeldatud äärmuslikele olukordadele esineb ka selliseid teekondi, kus teenusele mineku eel pole veel tingimata saavutatud sisemist veendumust, et muutus on vajalik. Neil juhtudel võib ajendiks saada hoopis prokuröri antud valik ning soov vältida karistust. Eelistatakse minna teenusele, sest kardetakse, et karistusregistri märge võib hiljem elus takistusi tuua. Seejuures ei tajutud mõnel sellisel teekonnal enda tarvitamist probleemse või ohustavana. Praktilistest teguritest, mis abi otsimise motivatsiooni toetavad, toodi aga esile teenusele saamise kiirust.

3.3. Teenustel püsimine

Raskused teenustel püsimisel

> *„Väga raske on olla, kui sul ei ole endal tahet ega motivatsiooni seal olla. /.../ Kui inimene tahab sealt ära minna, siis järelikult kas ei ole ikkagi temal otsust tehtud või ei ole tema aeg seal veel et, on ju inimesi, kes jõuavad sinna ka teisel-kolmandal-neljandal korral ja alles siis saavad aru ... et kedagi sundida ei saa ja kui see on kellegi välise mõjutatud otsus, siis see ei jää sinu otsuseks see, siis on nagunii see tagasilangus tulemus."* (Mees, 35—54)

Nii nagu abi otsimiseks ja teenusele sisenemiseks, on ka teenusel püsimise eeltingimus suur sisemine tahe muutuda. See eeldab esiteks, et inimene saab aru, et tal on sõltuvusprobleem, ja teiseks, et tal on ettekujutus teistsugusest (kainest) elust ja lootus, et ollakse võimelised seda saavutama ja et teenusel on potentsiaal aidata sinna jõuda. Teenustel püsimise raskused on sageli samad tarvitamisest hoidumise raskustega ja sageli enamasti seesmised.

Ehkki rõhutati tahte ja otsuse möödapääsmatust tarvitamisest loobumise teekonna alustamiseks, siis ei ole välistatud, et see tekib tõeliselt alles teenuse jooksul. Näiteks on küllalt „paberiga motiveeritud" teenusesaajaid ehk neid, kes prokuratuuri või kohtu kaudu karistuse asemel või vanglast varem vabanemise tingimusena teenust saavad. Nad ei pruugi

teenusele sisenedes enesele (täielikult) sõltuvushäiret tunnistada ja/või nad ei ole teinud otsust midagi selles osas muuta – tarvitamist vähendada või lõpetada. Samas võib arusaam enda probleemist ning motivatsioon tarvitamisest loobuda ja abi vastu võtta kujuneda teenusel olles. Seega ei ole välistatud, et väliste motivatsiooni ajel teenusele minnes saab edu saavutada. Teisalt ei ole harv, et teenustest võetakse sellisel juhul osa n-ö linnukese pärast ja pärast esimest kohtumist rohkem kohale ei ilmuta (kui tegemist ambulatoorse teenusega).

Välistest teguritest ehk ongi olulisim teenuse sisu, mis teenusel ja kainena püsimist mõjutab – kas seal tegeletakse tarvitamise põhjustega ja mil määral. Selles seisneb aga üks põhilisi abi vastuvõtmise raskusi, mille teenusesaajad välja tõid – töö iseendaga, endasse vaatamine on raske ja hirmutav. Leiti aga, et tervenemise eelduseks on põhjustega tegelemine, milleks enamasti on vaja pikaajalist psühholoogilist abi. Seepärast kahtlesid osad intervjueeritud selliste teenuste mõjususes, millel puudub või ei ole piisavalt (piisavalt) psühholoogilist tööd ja/või kus ei jõuta sõltuvuse individuaalseid tagamaasid süvitsi lahti harutada.

> *„Kui mingitel mm ... rasketel momentidel, mida seal on väga palju nagu alguses, sa ju võitled iseendaga põhimõtteliselt ... sa ju jääd ilma oma kõige kallimast asjast, kes su kõrval on terve elu sinuga olnud ju. Ja nüüd järsku võetakse ta sinult ära, et ... mis siis edasi saab, sa ju ei oska muudmoodi ju tegelikult elada."* (Naine, 18—34)

Põhjalik töö iseendaga ei sõltu loomulikult ainult psühholoogilise abi kättesaadavusest, vaid ikka samaaegselt tahtest ja võimekusest seda teed käia ja tarvitamishäirega tegeleda. Tarvitamise tagamaadega tegelemine tähendab enesele ja mineviku (tihti lapsepõlve) traumadele otsavaatamist ja lahtiharutamist, pidevalt mõttes tagasiminemist minevikku. Sageli ei olda varem kunagi enda elu ja ennast sedasi lahatud ega teistele oma mõtteid ja tundeid jagatud. Teenused aga eeldavad nii psühholoogile kui ka grupis rääkimist. Mitmed Viljandi Haigla rehabilitatsiooniprogrammi läbinud tõid välja, et seal ja siis õpivad paljud esimest korda enda sisse vaatama ja teistele oma tõelisi mõtteid ja tundeid avama. Mainiti, et paljudele ei meeldi suhelda või nad ei oska seda – aga teenustel peab seda tegema. Tuleb ette, et sellisel teenusel tuntakse esimest korda elus, et kedagi päriselt huvitab teenusesaaja kogemus ning et soovitakse aidata.

Takistuseks võib edu saavutamisel saada, kui ei olda aus – valetatakse enesele ja teistele, et mul on kõik hästi, või kardetakse psühholoogilise kõigest rääkida, sest äkki võetakse laps(ed) ära. Nii mõnigi intervjueeriti teadis omast kogemusest, et siis teenus ei saa toimida. See illusioon võibki tekkida juba suhteliselt teenuse alguses – jagati, et kõige rohkem loobutakse esimesel paaril nädalal või kui ollakse kuu kaine olnud ja eriti kui ei olda oma eluga veel „täiesti põhjas käinud". Kirjeldati, et siis hakatakse leidma põhjendusi ja vabandusi, kuna tundub, et probleem polegi nii suur ning saadakse ise hakkama. Põhjusteks (eriti pikaajalist ja statsionaarset) teenust pooleli jätta võidakse tuua näiteks mingit sorti kohustused, nt on vaja isal aidata puid teha, saadi hea tööpakkumine, üür vajab maksmist, mure laste heaolu pärast (kuigi tegelikult nende eest kantakse hoolt), teenuse sobimatus töögraafikuga jne. Uimastitest loobunud teenusesaajad arvavad kõrvalt vaadates, et tegelikult tahetakse siis lihtsalt minna oma endise elu juurde tagasi, kuid tõenäoliselt omal käel uimastitest hoidumisega hakkama ei saada.

Ajendiks teenuseid pooleli jätta võib olla ka (alateadlik) hirm kukkuda läbi kaines elus. Osa tarvitamise probleemiga inimestest aga ei soovigi muutust, sest suudavad elu piisavalt joone

peal hoida. Tuntakse end oma olukorras mugavalt ning ei taheta oma probleemi teadvustada. Ka kinnipeetavate ja vanglast vabanenute seas esineb uuringus osalejate sõnul valearvamust, et kui vanglas ei tarvita, siis polegi enam sõltuvust. Ehkki on erandeid, leiti, et paranemine algab nende puhul valdavalt ikka pärast vanglast vabanemist ja tarvitamise häirele suunatud abi saades. Üks uuringus osalenud endine kinnipeetu jagas, et vanglas pakutavates sotsiaalprogrammides (nt „Eluviisi treening“) võidakse osaleda muutustele motiveerituse asemel muudel põhjustel, näiteks kambrist välja saamiseks.[16]

Jagatigi ka kogemust, et häbi uuesti tarvitama hakkamise pärast on põhjustanud teenuse poolelijätmise. Kuigi intervjueeritute seas oli neid tarvitamisest loobunuid, kes olid varasemalt korduvalt sama teenust pooleli jätnud, leiti ka, et raskem on neil, kel on mitmekordne „läbikukkumise“ kogemus ja sellega kaasnev häbi. Olenevalt teenusest ja spetsialistist võib suhtumine tagasilangusesse olla erinev ja võidakse olla sätestanud piirangud, kas ja millal võib uuesti sama teenust saada. Näiteks gruppides ja SÜTIKus on suhtumine mõistvam ja leebem, karskus pole tingimata eesmärk; samas ei sobi sageli täielikule kainusele püüdlejatele osaleda aktiivsete tarvitajatega samal teenustel. Jagati kogemust, et Viljandi Haigla rehabilitatsiooniprogrammi ei võeta juba kord programmi läbinuid (libastujaid) tagasi, kuigi ka siin on erandeid. Samuti on selles osas mõne arvates liiga ranged reeglid Viljandi Haigla järelteenusel: tagasilanguse korral ei saavat kuu või kaks teenusel osaleda. Samas leidus arvamust, et just siis vajab inimene rohkem tuge ja turvalist keskkonda; mistap võiks tingimused olla pisut leebemad, näiteks võiks saada osaleda mõnel grupikohtumisel ja/või spetsialisti vastuvõtul taastumise eesmärgil. Ilmselt mängib siin rolli asjaolu, et inimesel, kes on programmi läbinud, peaks olema oskused tagasi järjele saada ning vastutust võtta, sest lõputult ei saa jääda teenustest sõltuma (kuigi ajalist piirangut järelteenusel tegelikult ei ole).

Tuleb ette, et tarvitatakse ka ööpäevaringsel rehabilitatsiooniteenusel – leiti, et järelikult pole teadvustatud, et neil on haigus ja sellega on vaja tegeleda. Teenuse reeglite rikkumise eest aga võidakse inimene ära saata, sest lisaks enesele seatakse ohtu ka teiste teenusesaajate heaolu ja võimalused. Ühe teenustel püsimise raskusena nimetatigi ka suutmatust elada teenusel ettenähtud korra järgi – näiteks protestitakse töötegemise vastu, kui see on osa rehabilitatsioonist, või „aetakse oma õigusi taga“ muul moel.

Üks teenuse poolelijätmise põhjus on ka asjaolu, et osad murduvad (nt töö- ja rahaga seotud) probleemide koorma all. Nagu rehabilitatsiooniprogrammi läbinud ja järelteenusel osalevad intervjueeritud jagasid, on sõltuvushäirega inimese tavapärane muster probleemide korral tarvitada. Teenustel õpitakse selliste käitumis- ja mõttemustrite muutmist. Rehabilitatsiooniprogrammis ja ka pärast tavaellu naasmisel tuleb teenusel ja/või kainena püsimise eesmärgil raskete ja keeruliste tunnete ja hetkedega toime tulla ja need ise ära lahendada. Teenuste – ja eriti tugiisiku või kogemusnõustaja – pidev kättesaadavus on siis suure väärtusega. Teenusesaajad jagasid, et libastumised või tagasilangused tekivad tihti siis, kui elupinged kuhjuvad ja ei osata neid lahendada. Võimalusel sellistel hetkedel rääkida (nt järelteenuse raames) grupikohtumistel või spetsialistiga (olgu selleks kogemusnõustaja,

[16] Oluline on märkida, et uuringus osalenutel ei olnud kogemusi Tallinna vangla rehabilitatsiooniprogrammiga, seega puudutab see osa eeskätt tavavangistuses viibinute kogemusi ja/või arvamusi sellest.

tugiisik, sotsiaaltöötaja, psühholoog või teine teenusesaaja) ja koos probleemi lahti harutada on suur roll kainena püsimisel.

Ka suhted perekonna, lähedaste, teiste uimasteid tarvitavate inimestega ja teenusesaajatega mõjutavad oluliselt teenusel püsimist. Murravad nii kodused probleemid kui ka asjaolu, et kaaslane tarvitab uimasteid. Tüli kaaslasega võib tahta panna teenusest loobuma, näiteks et minna statsionaarselt teenuselt seda koju lahendama. Mõnikord kodused manipuleerivad teenusesaajaga näiteks läbi laste. Sellistes olukordades on meeskonna kohene tugi suureks abiks. Ka võivad tuttavad tarvitajad alavääristada teenusesaaja „tervenemisele suunatud mõtteid" ja mõjutada teda sellest teekonnast loobuma. Teenusesaajate seas jagatigi kogemust, et suheldi teiste tarvitajatega pärast rehabilitatsiooniprogrammi edasi, arvates, et see neid ei mõjuta, aga paari korra tarvitamisele „ei" ütlemise järel toimuski libastumine. Seepärast võidakse soovitada katkestada suhted teiste tarvitajatega.

Eriti raskeks teeb teenusel osalemise või teenusejärgse elu, kui kaaslane tarvitab uimasteid – leiti, et siis on tõenäoline või isegi ilmselge, et varem või hiljem hakkab ta ise uuesti tarvitama. Lisaks otseselt tarvitamisele mõjutamisele on ka emotsionaalselt raske näha oma lähedast tarvitamas. Leiti, et sellisesse suhtesse naasmisel teebki inimene justkui valiku uuesti tarvitada. Nii võidakse teenusel soovitada vallalistel vältida lähisuhteid mingi perioodi jagu ja teiste teenusesaajatega suhtesse astumist. Samuti naasmine tarvitamiskäitumisele (ka tahtmatult) kaasa aitavate vanemate ja partnerite juurde muudab ainetest hoidumise keerulisemaks. Lähedased ei ole sageli piisavalt informeeritud sõltuvusprobleemidest ning sellest, kuidas nad saaksid tarvitamise häirega inimest toetada ja aidata.

Mõned jagasid ka kogemust, et kui teiste teenusesaajatega tekivad isiklikud suhted ja midagi halvasti läheb, siis see võib takistada teenusel osalemist. Mõnikord põhjustavad näiteks maailmavaatelised ebakõlad või ebasümpaatia teiste teenusesaajatega teenusel osalemise katkestamise.

> *„Aga Libertase puhul on muu elu kõrvalt see kainus ka kolm kuud nii habras, et tegelikult kui sa jätad ikkagi paar nädalat grupis käimata, siis no 90 ja rohkem protsenti on kindel, et kolmandal nädalal sa lähed tarvitama. Et ... et selle fookuse selline illusoorne tunne, et noh, ma olen nüüd terve, see nagu tekib väga lihtsalt."* (Naine, 35—54)

Veel võib teenustel püsimist raskendada kättesaadava teenuse korraldus. Nimelt väljendati tunnetust ja kogemust, et ambulatoorselt võibki olla keerulisem terveneda. Seda ilmselt eriti juhul, kui häire on kaugele arenenud ja igapäevaeluga toimetulekul on sellest tulenevalt suuremaid raskusi. Sellisel juhul ei ole keskkonnavahetust, päevadel kindlat etteantud korda ega keskendumist ainult tervenemisele, mida toodi Viljandi Haigla rehabilitatsiooniprogrammi puhul esile teenusel püsimise oluliste teguritena. Tavaelu keskkond, mured ja küllaldane vaba aeg võivad luua liiga palju võimalusi libastumiseks. Ka igapäevaelulised põhjused võivad teenustel osalemist raskendada, nt lapse saamine, soov veeta nädalavahetused perega, isoleeritus. Samas võivad ambulatoorsed teenused anda võimaluse abi saada neile, kes ei saa igapäevakohustusi pikaks ajaks jätta ning kes ei vaja tingimata ööpäevaringset teenust.

Iseasi, kas selliseid teenused on tegelikult abivajajatele kättesaadavad ja kas abivajajale neid soovitatakse. Nimelt toodi välja nt alkoholitarvitamise häire ravi puhul, et põhiline teenusel

püsimise takistus on rahaline, sest abi on sageli väga kallis. Lisaks on kogemusi, et kohtade puudumise tõttu tuleb oodata või otsida alternatiive.

Samuti mainiti teenusest loobumise põhjusena kolimist mujale (ka välismaale), kus vajalikke teenuseid ei pruugi olla. Nii mõnigi käib Viljandi Haigla järelteenusel Tallinnas mujalt maakonnast, paratamatult siis ei pruugi olla võimalik piisava sagedusega osaleda ja eneseületus on suurem.

> *„Ja siis ma esimest korda näiteks läksin Wismarisse. Võtsin ennast kokku ja sealt ... ütleme nii, et abi ei leidnud. Minu kogemus oli negatiivne, et ... Ma valmistasin ennast tükk aega ette, sest kõikide nagu ikkagi nagu tolleaegsete märkide järgi mul ei olnud nagu ... nii-öelda ma ei klassifitseerinud ennast nii-öelda narkomaanina. Need oli minu jaoks tüübid, keda ma tundsin Lasnamäelt ja kes olid süstla otsas. Ja ma mäletan toda korda, kui ma läksin sinna siis ... ma ei mäletagi, kes see doktor oli, aga igal juhul oli küsimus lihtne, et "Kas sul oli mingi pikem jutt ka või tulid retsepti järgi?" Ja siis ma võtsin selle retsepti, mis tähendas seda, et mulle kirjutati välja aasta jagu Xanaxit ja ... antidepressante."* (Mees, 35—54)

Ka abivõimaluste sisukus ja professionaalsus on olulised teenusel püsimisel, sealjuures spetsialiste professionaalsus ja suhtumine. Näiteks Wismari puhul tõsteti esile osa sealse personali kohati lausa põlglikku suhtumist võõrutusravil olevate patsientide suhtes, rääkimata komplekssema abi pakkumisest. Ka alkoholihäire ravi keskuses on kogetud, et häire põhjustega ei tegeleta – pannakse vaid sõltuvushäire diagnoos ja kirjutatakse ravimid. Samal põhjusel on nii mõnigi peljanud psühhiaatriakliinikust abi otsida, hirmust üks sõltuvus ravimisõltuvusega asendada. Samuti jagati, et kokaiini tarvitamise osas pole sõltuvusega tegelevatel spetsialistidel ekspertiisi. Ka võib abiks väheks jääda tugigruppides, nagu näiteks AA ja AN, kus intervjueeritute kogemusel saab oma probleemidest rääkida, aga abi nende lahendamisel mitte, sest keegi jagatule tagasisidet ei anna. Nende osas avaldati arvamust, et ainult tugigrupis käies ollakse n-ö vägisi kained ega mõisteta tugiisiku ja/või muu toe vajadust. Samas oli uuringus osalejate seas ka neid, kes AA 12-sammu programmi abil on tervenemise teekonnal ja juba aastaid tarvitamisest hoidunud.

Teenuste sisukuse osas väljendati skepsist ka metadoonravi suhtes, kuna ka selle raames ei tegeleta enamasti sõltuvushäire põhjustega. Leiti, et selle ravi puhul ei ole ravil osalemise põhjus sageli tarvitamise lõpetamine, vaid muud eesmärgid, nagu talutava enesetunde saavutamine, kui ei saa tarvitada (sh vanglas).

Motivatsioon teenustel püsida

Kõik uuringus osalenud teenusesaajad jagasid, et inimesi motiveerib teenusel püsima otsus ja selge teadmine, et ei taheta enam endist elu edasi elada – see on abi vastu võtmise ja pikaajalise muutuse loomise eeldus. Paljude kogemus on, et see otsus tuleb enda sees ära teha, mis on enese jaoks tähtis – muidu ei ole vahet, mida teenusel räägitakse – ja selle toel saab end pidevalt seesmiselt julgustada jätkama. Kirjeldati, et tuleb leida miski, mis motiveerib – mõne puhul võib see olla rasedus või lapsed, visioon pere luua või unistus paremast ja õnnelikust elust, soov elu kogeda ja muud eesmärgid elus. Kui need eesmärgid saavad tähtsamaks tarvitamisest, on kainus vahend nende poole püüdlemisel, mitte eesmärk omaette, ja võidakse jõuda arusaamani, et on võimalik ise juhtida oma elu, mitte ei lasta ainetel (sõltuvushäirel) seda teha.

Üks suurimaid motivaatoreid teenustel püsida tundub tulenevat teenustest endist ja tänu neile saavutatavatest muutustest, sh kainuse saavutamisest. Just professionaalsust ja pühendumust hinnatakse kõrgelt – seda eriti Viljandi Haigla rehabilitatsiooniteenuse ja järelteenuse, aga ka näiteks Tartu Ülikooli Kliinikumi statsionaarse alkoholitarvitamise häire ravi, MTÜ-de „Me aitame Sind" ja Convictus Eesti pakutava abi puhul. Viljandi Haigla rehabilitatsiooniprogrammi juures nimetati veel rahulikku õhkkonda, turvalist keskkonda, kohest abi ja hoolitsemist, mis kõik kokku tekitasid tõelise soovi teenust saada ja jääda kaineks. Kui suhtumine on lugupidav, spetsialistid suure erialase pädevusega ja abistamisele pühendunud, on turvaline abi vastu võtta ja tervenemisele pühenduda.

> *„Just tihtipeale tarvitajad on oma tavaelus vähe kogenud siukest, ütleme ... nagu hellust või hoolt või siukest kuulamist või noh, et see on väga nagu südantsoojendav see suhtumine seal [Viljandi Haigla teenusel]."* (Mees, 18—34)

Olulised motiveeritud osavõtuks ja edusammudeks on järjepidev psühholoogiline töö ja psühholoogi, kogemusnõustaja, sotsiaaltöötaja ja teiste spetsialistide individuaalne tugi siis, kui seda vajatakse, mh kohtuasjade ja finantsprobleemide lahendamisel. Kuna sõltuvushäire spetsiifika on igaühel erinev, mh näiteks tungi sütikud ja pingetaluvus, siis just individuaalset lähenemist nimetati tähtsa teenuse komponendina. Viljandi Haigla teenuste kontekstis tõsteti esile, et psühholoogid teevad aktiivset tööd, et individuaalsetele eripäradele jälile saada. See on vajalik intervjueeritute sõnul muuseas teenusesaaja oskuslikuks proovilepanekuks, mis aitab inimeses muutuseid luua. Samuti hinnatakse tagasiside saamist ettevalmistatud inimeselt, nii kogemusnõustajalt, psühholoogilt või muult spetsialistilt, kes oskavad suunata teisiti mõtlema.

> *„Mul oligi kolmandal kuul ikkagi see motivatsioonikriis, väheke lõi välja, siis tekkiski täpselt see sama, mis ma varem nagu tavaelus hakkasin ka murduma, et olen ju ... näed, ma olen ju nii tubli, ma olen ju juba kolm kuud olnud kaine, umbes, et see probleem, mis oli, ei tundugi enam nii õudne ... et nagu aega on möödas, et samas äkki asi ei olegi nii hull, et samas ju kodus ju naine ootab ja samas oleks vaja tööd teha, suvi ka ja juunikuu ja siis ma mõtlesingi nagu, et korra hakkas tekkima mõtet, et kas mul on ikka vaja seda nagu rohkem, et see kestis umbes nädal aega, aga meid õpetati seal hästi nagu märkama neid kriise ja nendest kohe rääkima ja tegelema nendega /.../ et see analüüsivõime ja need eelnevad seisundid, et seda kõike õpetati igapäevaselt nagu tähele panema enda puhul. Ja kui ma hakkasin sellest kõigest rääkima, et mida ma mõtlen ja tunnen nagu igapäevaselt või õhtuti või midagi, et siis see juba, kui ma teadvustasin endale, et jah, sul on kriis praegu, et see aitas nagu sellest nagu üle saada."* (Mees, 18—34)

Positiivsete kogemuste põhjal tõsteti veel esile, et teenustelt saadakse vahendid, kuidas edaspidi ise hakkama saada – tarvitamisest hoiduda, endaga edasi tegeleda, ise lahendada probleeme ja kriise, aga ka üldse toime tulla eluliste probleemide ja tegevustega, nagu võlad, perearstile pöördumine jm. Näiteks Viljandi Haigla rehabilitatsiooniprogrammis õpetati igapäevaselt sisemisi kriise ja kahjulikke mõtteid tähele panema, neid teadvustama ning ümber mõtestama. Samuti toetavad taolised teenused eneseväljendusoskust, kuna nii individuaalsetel kui ka grupiseanssidel peab jagama oma mõtteid. Ka seda toodi välja, et kuivõrd pikaajalise statsionaarse teenuse puhul on keskkond „karm" ja võib olla ebamugav – töötamine, elamine ühismajas teiste teenusesaajatega, teiste ees enda kogemustest

rääkimine jm –, siis juba sellega toimetulekuks on vaja seesmiselt tööd teha, ka siis, kui seesmist motivatsiooni pole veel leitud.

> *„No Viljandis, sa lähed algul sinna, siis sa ... no seal põhimõtteliselt sa pead hakkama ennast analüüsima põhimõtteliselt ... analüüsima ennast ja ebamugavatesse olukordadesse panema, et enamustel, ee, narkomaanidel on ju see teiste inimeste koosolemisega on probleeme, suhtlemise probleeme ... eneseväljendamise probleeme ... siis sa hakkadki seal ennast analüüsima, siis hakkad julgust koguma, rahvamassi ees rääkimisega, grupis rääkimisega enda isiklikest probleemidest ja saad seda ... kogemust nii-öelda tasahaaval. Ja siis sealt jõuadki mingisugustesse ... jõuadki mingisugustesse ... süübid sinna kaugemale ... psühholoogiga räägid endast, mineviku traumadest, mis sind mõjutab ja mis ... mis jah, sind selleni viis, et juba asjade algfaas, nii et miks ... miks sa nagu oled ... mida sa endas peidad, et ... et seda tühimikku siis täita narkootikumidega."* (Mees, 18—34)

Jagati kogemusi ja märkamisi, et kui mõnda aega on juba teenusest osa võetud, võib ka eduelamus sisemise motivatsiooni tekitada, isegi kui algul olid põhjused muud, näiteks teistele tõestamine, karistuse vältimine, uudishimu, kas tõesti on sõltuvusprobleem ja kaine ei suudeta olla jm. Olenemata sisenemise põhjusest, kujuneb teenuse jooksul arusaam oma sõltuvusest (muidugi kui piisavalt pikalt teenust saada). Edusammud ja juba tehtud töö endaga motiveerib intervjueeritute sõnul ka jätkama, nt mineviku taipamised ja äratundmised, miks üldse tarvitanud olen. Samuti innustavad teenusel püsima paranenud elukvaliteet ja positiivsed muutused eraelus, näiteks pere usalduse tasapisi taastumine.

> *„Lisaks see, et said nagu erinevaid taipamisi kogu aeg oma nagu mineviku kohta, et miks ma üldse tarvitanud olen ja ning nagu nii palju on siukest äratundmist igapäevaselt seal ... või nagu kui sa kaasa töötad nendes programmides, et see nagu motiveeribki, see eduelamus nii-öelda noh ... et näed ma saan ju hakkama, et milleks nüüd siis loobuda nagu, et noh ... pigem see ongi see vaimne mõtlemine, et näed juba nii palju on tehtud, et nagu jah ... suht karm oleks loobuda mingi poole pealt näiteks."* (Mees, 18—34)

Et üleminek tavaellu ja -keskkonda oleks sujuvam ja toetatud, on intensiivsema rehabilitatsiooniprogrammi või ravi järgne tugi nt järelteenuse näol intervjueeritute seas väga hinnatud ja vajalik. Jagati kogemust, et (Viljandi Haigla) keskuses on turvaline, ent tõsine töö hakkabki pärast keskust. Õnneks võimaldab järelteenus, aga ka MTÜ Convictuse teenused ja SÜTIK tugivõrgustikku ja n-ö mentorlust – püsivat kogemusnõustajat või tugiisikut, kellega saab raskuse korral iga kell kontakti võtta, ning psühholoogi isiklikuks nõustamiseks, kellele saab samuti kriisis helistada. Nii nendega kui ka regulaarsetel grupikohtumistel teiste endiste tarvitajatega saab igapäevaelu pingeid ja stressiolukordi lahti rääkida ning nõuandeid spetsialistidelt ja teistelt klientidelt, mida nemad teeksid ses olukorras. Üleüldiselt peetakse tähtsaks, et areng ja isiklik kasv jätkuks ka pärast pikaajalist teenust. Ka seepärast on oluline, et teenused ja grupikohtumised jätkuksid.

> *„See on vist nagu arengus seisma jäämine. Tegelikult peab kogu aeg arenema, enda sisemaailmaga tegelema. No et kui oled keskuses ära käinud ja kõik, siis tundub nagu aitab küll. Et noh, ma käisin keskuses ära – järelikult olen terve, eks? Ja siis elad edasi ilma tarvitamata, aga areng jääb seisma. Tegelikult peab kogu aeg arenema. See on pidev töö iseendaga. Ja ei tohi unustada, kust sa tulid – see on ka väga oluline. Ja noh,*

see taastumine – see tähendab, et sa teed kogu aeg midagi oma vaimse ja füüsilise tervise heaks. Kellelegi sobivad need psühholoogid või nõustajad, keegi loeb raamatuid, kellelegi meeldib netist infot otsida. Mulle aitas veel see, et mul olid suhted, töö, mingid eesmärgid... aga ma unustasin puhata! Täitsa ära unustasin iseenda! Ja siis ma märkasin, et mul hakkasid jälle tekkima mõtted tarvitamise kohta. Ja järjest tihedamini. See oli juba eelviimane etapp enne libastumist. /.../ Sõltlastel see töötabki niimoodi, et kui oled väsinud, siis aju tahab kohe mingit ainet, et see väsimus ära võtta. Aine all ei tunne sa ju, kui läbi sa tegelikult oled." (Mees, 35—54)

Mõned uuringus osalenud teenusesaajad on jätkanud oma tervenemise teekonda kogemusnõustaja õpingutel ja töös, nii seepärast, et see aitab neil tarvitamisest hoiduda kui ka seepärast, et hinnatakse kõrgelt kogemusnõustajate rolli ja võrgustikku selles protsessis. Sarnase kogemusega inimese toe puhul tõsteti esile, et nendega suhtlus on vahetu ja vabam, nad on alati olemas ning nende poole julgetakse libastumise korral tagasi pöörduda. Vähem oluline ei ole sarnase kogemuse asjaolu iseeneses ning näiteks teadmine, et saab eluga kainelt hakkama ja ei ole tagasi langenud. Leiti, et kes pole sama läbi teinud, sel on väga raske aru saada, mida kogetakse. Seepärast jagati ka tunnetust, et eriti väljaspool uimastitarvitajatele suunatud teenuseid on vaimse tervise spetsialistid teemakauged.

„Ma regulaarselt nagu käin AA koosolekutel ja NA koosolekutel. Ja tihtilugu on niimoodi, et ma jõuan mingisse punkti, kus ma ... mulle tundub, et noh, nüüd on jälle nagu sein on ees või et ma ei saa sellega hakkama nagu. Ja siis keegi ütleb: „Ah, see läheb üle." Siis ... see on nagu palju olulisem, kui seda ütleb inimene, kes on selle ise läbi teinud kui seda ütleb näiteks nagu keegi, kes pole seda ise kogenud." (Mees, 35—54)

Samas ei ole selline kompleksteenus kõigile kättesaadav piirkondlikult, keeleliselt ja/või rahaliselt. Viljandi Haigla pakub (tasuta) järelteenust Ida-Virumaal ja Tallinnas vaid enda rehabilitatsiooniprogrammi läbinutele ning Libertas (tasuline) Tartus ja Tallinnas. Sarnaseid teenuseid – kogemusnõustaja või tugiisik, psühholoog, võlanõustaja, sotsiaaltöötaja, tugigrupid – saab ka erinevatest MTÜ-dest, (era)asutustest/-kliinikutest ja Töötukassa kaudu. Üks teenusesaaja jagas oma kogemust, et pärast mõnekuust viibimist statsionaarsel rehabilitatsiooniteenusel on ta ise otsinud ja kasutanud järjest erinevaid võimalusi, et enesega tööd jätkata ja toetatud olla, sh psühholoogiline nõustamise, kogemusnõustaja ja tugigrupid. Osad intervjueeritud kasutavad regulaarselt (tasulise) psühholoogi teenust.

Veel leidsid uuringus osalejad, et oluline komponent rehabilitatsiooniprogrammis on keskkonnamuutus ja ööpäevaringne teenus, eriti kui sõltuvus on pikalt kestnud. Alkoholivõõrutuse puhul on hinnatud ka kinnine teenus ehk et ei lasta teatud aja asutusest välja. Samuti peeti teenusel püsimise puhul oluliseks lähedaste toetust ja toetamist. Näiteks järelteenuse raames pakutakse ka perele psühholoogilist abi ja nõustamist, kuidas tervenevat sõltuvushäirega inimest tarvitamisest hoidumisel toetada. Lisaks kõigele eelnimetatule motiveerib teenusesaajaid veel tervis, näiteks kui tervisenäitajad on halvad, võib see innustada eelnevaid kombeid muutma. Statsionaarsetel teenustel tervishoiuasutustes tehakse terviseuuringud ja tagatakse vajalik ravi, nt depressiooni või HIV puhul. Samuti aitab intervjueeritute kogemusel teenusel püsida teiste kainete inimeste nägemine teenusel, tööalane rehabilitatsioon, mis aitab tarvitamistungi eemal hoida, sõltuvusalase kirjanduse

lugemine, nt 12 sammu programmi raamatu läbitöötamine, aga ka viimane piir ehk asjaolu, et muud väljapääsu ei ole.

3.4. Teenuste parendamine

Millest tuntakse puudust

Uurisime teenusesaajatelt, millistest teenustest tuntakse kõige enam puudust ja millist abi oleks nad veel vajanud, et paremini hakkama saada. Kuivõrd uuringus osalenud olid suures osas jõudnud tulemusliku abini, mida väga hinnati, siis eelkõige nimetati, et teenuseid peaks rohkem olema ja vaimse tervise abi peaks olema kättesaadavam. Samuti rõhutati, et oluline tegeleda ennetusega ja sõltuvusprobleemiga varasemas järgus, sest praegu jõuavad inimesed abini pigem hilja kui üldse. Seepärast on oluline vähendada stigmat ja tõsta teadlikkust tarvitamishäiretest ja abi saamise võimalustest nii laiemalt ühiskonnas kui ka sihtgrupiga kokkupuutuvate spetsialistide seas.

Sageli leidsid uuringus osalejad, et kvaliteetne psühholoogiline abi peaks olema (piirkonniti) kättesaadavam ja tasuta. Eriti oluline on seejuures, et oleks rohkem sõltuvusprobleemidele keskenduvaid spetsialiste, kes tunnevad valdkonda ja kellel on kogemusi sihtgrupiga töötamisel. Pakuti, et tasuta psühholoogilise abi võimalus tarvitamishäirega inimestele võiks olla olemas igas linnas, kuhu saaks pöörduda ka tarvitamise varasemas järgus, mitte viimases hädas. Samuti käidi välja mõte, et valdkonnas töötavad spetsialistid võiksid oma suure kogemuse najal pakkuda vastavat väljaõpet sellise võrgustiku psühholoogidele. Sealjuures on intervjueeritute jaoks oluline, et võrdväärset tuge saaksid kõik, olenemata sellest, millist ainet tarvitatakse; aga ka mitmikdiagnoosiga inimesed ning kinnipeetavad. Näiteks tunnetatakse puudust teenustest mittenäidustatult psühhotroopsete ravimite ja alkoholi tarvitamise korral, aga eriti piiratud on abivõimalused uimastite tarvitamise häire ja samaaegse (raske) psüühikahäire puhul. Ka teeks abi kättesaadavamaks – eriti pikemaajalise statsionaarse abi – lastega abivajajate toetamine, nt lastehoiu võimalus. Eelkõige süütunne oma last pikaks ajaks jätta (isegi isaga) võib takistada teenusel osalemist.

> *„Jaa, vanglas võiks olla väga palju veel rohkem abi, sest kõik inimesed, kui nad sinna vanglasse satuvad, neil on mingi mure, saad aru, inimene ei tapa inimest ka niisama ära. Tal on ... tal on nagu mingi probleem olnud, miks tal silme ees nii mustaks viskab nagu. Et see, et ta ei kontrolli, mida ta teeb. Et minu meelest nad kõik peaksid seal saama abi, kes sinna sattunud on."* (Naine, 35–54)

Veel toodi välja, et ka riiklikult rahastatud ehk teenusesaajale tasuta tugigruppe võiks korraldada sagedamini. Need peaksid olema professionaalselt juhitud grupid, kus spetsialistid – nt psühholoogi ja kogemusnõustaja tandem – aitavad osalejatel läbida olulisi etappe kindla struktuuri alusel ning mõista oma tarvitamiskäitumise tausta. Ka osad järelteenuse kasutajad leidsid, et grupikohtumised võiksid toimuda tihedamini, lausa igapäevaselt. Just värskelt rehabilitatsiooniprogrammi läbinud võivad intervjueeritute vajada tavaellu naasmisel veel rohkem tuge, nii gruppide kui ka sagedasema individuaalse psühholoogilise nõustamise näol. Samuti leiti, et järelteenust peaks olema rohkemates kohtades kui ainult Tallinnas ja Ida-Virumaal. Tunti vajadust ka tagasilanguse järgse toe pakkumisele spetsialiseerunud (kogemus)nõustajatest järelteenusel. Veel kirjeldati, et tuntakse puudust „maratonidest" ehk temaatilistest psühholoogilistest grupikohtumistest või

koolitustest, mis kestavad pikemalt (kogu päeva) ja on mõeldud ühe tunde või teema läbitöötamiseks[17].

Intervjuudes tõstatati ka muude ellu (taas)integreerumisega seotud teenuste vajadust. Näiteks mainiti spetsialiseerunud võlanõustaja rolli olulisust, kuivõrd paljudel tarvitamise probleemiga inimestel on võlamured. Kui inimesel pole (teenuselt väljumisel) kodu, kuhu naasta, oleks oluline aidata tal leida elukoht, mis toetaks tervenemist. Sageli võib ainus variant olla sotsiaalmaja, aga seal pole vajalikku tugivõrgustikku ja pigem alati on teisi tarvitajaid – see on suur riskitegur. Käidi välja idee tarvitamisest hoiduvate inimeste sotsiaalpinnast või vähemalt tubadest sotsiaalmajas, kus võiks pidevalt ka mõni spetsialist, nt sotsiaaltöötaja, kohal olla, kelle poole vajadusel pöörduda. Ka leitakse, et töö otsimisel vajatakse rohkem abi; lisakohustus päevades on kainena püsimiseks väga oluline. Veel nimetati enesearengu soodustamist, nt taseme- või erialaõppe, aga ka autojuhilubade saamise toetuse näol. Samuti hõlpsalt ligipääsetavate SOS-teenuste vajadust – võimalust pesta riideid, saada öömaja, riideid, toitu ja töö- või teenimisvõimalust kiiresti ja kohe.

> *„Kas seda toetust, et tagasi ühiskonda tulla ... et kui sul tegelikult ju ei ole üldse mingit tööoskusi ja võimalusi ... et siis on samamoodi väga suur oht, et sa nagu tegelikult ju lõpuks kukud jälle tagasi, et ... võib-olla see on seal jah selline järelteenuse vormis toetus ka tööalaselt või mingi koolituste näol nendele inimestele .... et võib-olla midagi sellist?"* (Mees, 35—54)

Väga paljud uuringus osalenud teenusesaajad leiavad, et Viljandi Haigla Jämejala ja Sillamäe ravi- ja rehabilitatsioonikeskustest ei piisa; olemasolevates keskustes on ka liiga vähe kohti, sageli on järjekorrad. Leitakse, et vähemalt üks sarnane keskus peaks kuskil Eestis veel olema, kas Ida-Virumaal veel või Harjumaal; inimestel võiks olla võimalus programmis osaleda kodust eemal võimalikult anonüümselt. Selliseid põhjaliku programmiga võimalusi, kus õpitakse uuesti elu elama, on Eestis vähe.

> *„Kas või see näide [Viljandi] keskuse pealt, ei ole [abivõimalusi piisavalt], kui sul on järjekord ukse taga ja paljud ei jõua enda järjekorda ära oodata, kui on üledoos. Et see peaks ikkagi olema nii, et kui on ikkagi see kõige raskem moment, siis sul on võimalus sinna minna. Ja sul on võimalus alati sinna tagasi minna, sest ... ei ole nii, et mine keskusesse ja käi see tee läbi ja sa oled elu lõpuni kaine, et see on nii sügav ja raske haigus, et sellega mõni inimene peabki mitu korda sinna jõudma ... või vähemalt on võimalus antud."* (Mees, 35—54)

Eriti kriitiliseks peetakse olukorda alkoholitarvitamise häire ravis, kuna Viljandi Haigla rehabilitatsiooniprogramm on mõeldud narkootikumide tarvitamise häirega inimestele, ning alkoholitarvitamise häirega inimestele selline võimalus puudub, ehkki probleem Eestis on suur. Keskusesse võiks saada pöörduda ka kuuks-paariks, mitte tingimata pea aastaks, ning sealne teenus võiks aidata mõista, et sõltuvushäire ei kao iseenesest, vaid sellega tuleks õppida elama. Kuna tarvitamisega murega kaasneb palju häbimärgistamist ja hirm hukkamõistu ees takistab inimesi abi otsimast, võiks olla võimalus osaleda anonüümselt. Näiteks üks alkoholitarvitamise häirega intervjueeritu jagas veebipõhise programmi läbimise toel kainuse

[17] Sellised temaatilised psühholoogi juhitud nn treeninguid kasutatakse intervjueeritute sõnul Viljandi Haigla rehabilitatsiooniprogrammis.

saavutamise kogemust. Veebipõhine programm tagaks ilmselt tõenäolisemalt anonüümsuse, kui tervishoiusüsteemist abi otsimine.

> *„Paljud, kellel on probleem alkoholiga, on tegelikult edukad inimesed – käivad tööl, tegutsevad ühiskonnas, pühendunud ja tublid. Aga nad ei saa lihtsalt niisama avalikult rääkida oma murest või minna kuskile teenusele – liiga palju kaalul."* (Naine, 18–34)

Lisaks eelpool kirjeldatule rõhutasid uuringus osalenud teenusesaajad, et teenuste vaates tegeletakse uimastite tarvitamisest põhjustatud häiretega liiga hilja. Sellega peaks tegelema oluliselt varem ja suuremal määral. Leitakse, et juba varasemas eas tuleks probleemi tõsidusest ja ohtudest teadlikkust luua. Tuntakse muret, et noored jõuavad aina varem väga suure sõltuvuspotentsiaaliga aineteni ja ained on aina kättesaadavamad. Samuti olevat noorte seas levinud psühhotroopsete ravimite tarvitamine mitte-näidustatud moel. Samas ei ole noortele eriti abivõimalusi. Lahenduseks pakuti ennetuslikud haridusprogrammid kooliõpilastele ja lapsevanematele, et kujundada terviklik ja teadlik suhtumine vaimsesse tervisesse ning mõista, mis uimastid on ja kui tugevalt need elu mõjutada võivad. Samuti tehti ettepanek, et õpetajad võiks koolituse eesmärgil suhelda kompetentsikeskustega (nagu Viljandi Haigla ravi- ja rehabilitatsioonikeskus), et osataks märgata ja ära tunda tarvitamise ilminguid laste ja noorte seas.

Veel tõstatati intervjuudes, et meie ühiskonnas on tarvitamise häirega seoses palju stigmat ja eksiarvamusi. Tunnetatakse, et noorte seas, aga ka laiemalt ühiskonnas on levinud arvamus, et uimastite proovimine ja paar päeva nädalas tarvitamine on ohutu ja ei too kaasa terviseriske, eriti, kui tavapärase eluga saadakse hakkama ehk käiakse koolis või tööl ja trennis. Rohkem tuleks rääkida ka sellest, kui laialt levinud probleemiga on tegu ning kes see „narkomaan", „alkohoolik", „sõltlane" tegelikult on – tavaline inimene meie kõrval. Leitakse, et tuleks tõsta inimeste teadlikkust nii sellest, et uimastite tarvitamise häire näol on tegemist tõsise terviseprobleemiga, kui ka abivõimalustest lähedaste ja spetsialistide seas, et nad oskaksid õiget nõu ja tuge pakkuda ja/või abi otsima suunata, ja teha seda häbimärgistava suhtumiseta, austuse ja sallivusega. Ka teenuste, nt SÜTIK, kahjude vähendamise keskused jm, ulatuslikum pakkumine üle Eesti võiks lisaks teenuste kättesaadavusele kaasa aidata teadlikkuse tõusule.

> *„Oluline on, et inimesed oleksid rohkem teadlikud, et sõltuvus ja kaassõltuvus on laialt levinud tõsised probleemid ning nende vastu tuleb teadlikult tegutseda. Samuti peab ühiskonnas rohkem teadvustama, mida tähendab kaassõltuvus ja kuidas see mõjutab nii sõltlast kui ka tema lähedasi."* (Naine, 18–34)

Kokkuvõte ja järeldused

Intervjuudest teenusesaajatega ilmnes, et info levik on pigem juhuslik ning parema teadlikkuse abivõimalustest tagab eelkõige olemasolev kokkupuude teenustega või teenuseid saanud inimeste tutvusringkond. Tavapärased kanalid nagu narko.ee veebileht, infovoldik perearstikabinetis või reklaam tänaval ei pruugi kõnetada inimest, kes ei taju veel oma tarvitamist tervist ohustavana. Sel juhul on suurem mõju pigem tuttavatelt või lähedastelt saadud eeskujul ning teabel: vahel jõutaksegi arusaamani oma abivajadusest mõne toimiva teenuse kohta uimastitest loobunud inimese kogemust kuuldes. Perioodil, mil inimene ise veel seesmist vajadust abi saada ei tunne, võtavad infootsingu töö suuresti enda kanda lähedased.

Teisalt on ka enda abivajadust teadvustanud inimesel (ja tema lähedastel) keeruline saada teenuste sobivuse kohta piisavalt ajakohast ning täpset infot. Ei näi, et ka esmased kontaktid teenustega tagaksid inimese jaoks sobiva abivõimaluseni jõudmise: pigem otsitakse ja proovitakse erinevaid võimalusi, mis negatiivse kogemuse korral võivad põhjustada barjääri järgmistele teenustele pöördumisel. Takistada võib infootsingul info üleküllus või eksitav teave näiteks sotsiaalmeedias – samas võib viimane anda ka võimaluse inimese tähelepanu köita ning arusaadavas keeles tarvitamishäiret ja abivõimalusi inimesele tutvustada.

Intervjueeritud leidsid, et vaja oleks aktiivset ühiskondlikku teavitustööd, mis aitaks teenustele pöördumist soodustada nii nende seas, kes ei ole seni tarvitamisest loobumise võimalikkust ettegi kujutanud, kui ka nende hulgas, kelle tarvitamishäire pole veel kaugele arenenud. Teave teenustest peaks olema lihtsamini kättesaadav ning levima kõikvõimalike eri platvormide kaudu, sealhulgas sotsiaalmeedias ja tänavapildis. Teenuseid oleks vaja tutvustada edulugude ning kogemusnõustamise abil, sest see tekitab tarvitavas inimeses kõige enam usaldust teenuste suhtes.

Abi otsimisel takistab inimest sageli hirm ja häbi endale tunnistada, et tarvitamine on saanud probleemiks. Negatiivsete seoste tõttu ei taheta endale külge sõltuvushäirega inimese silti, samuti kardetakse teha tööd iseendaga ning seista seeläbi silmitsi keeruliste tunnete või ebamugavate olukordadega (sh võõrutusseisundiga). Ei usuta ka enda võimekusse kaineks saada või jääda. Seetõttu võidakse teenustele minekut edasi lükata ka siis, kui neist teadlik ollakse, ning jõuda otsustava sammuni abi otsida alles mõne kriisisündmuseni jõudes -- näiteks tervise halvenedes, õigussüsteemi kaudu või lähedase ultimaatumi tõttu.

Intervjuude põhjal näib tavapärane selline teekond, kus aastate jooksul on lähedaste toel proovitud erinevaid abivõimalusi, millest mõned pole edasi aidanud või on mõjunud lausa negatiivselt. Puudu on sageli jäänud ravimravi kõrval just psühholoogilisest toest, samuti on kogetud tervishoiuteenustel halvustavat või ükskõikset suhtumist uimastitarvitamise häiresse. Potentsiaalseid esmaseid kontaktpunkte on aga mitmeid ning mõni neist, näiteks kahjude vähendamise keskused, on viinud inimesi ka toetavate spetsialistideni.

Kogemused mitmete erinevate teenustega, mille järel on teekond uuesti katkenud, võivad viidata ka sobilike abivõimaluste puudusele, sest murdepunkt näib nendel teekondadel olevat Viljandi Haiglasse kui pikaajalise ning hästi struktureeritud ja järeltuge sisaldava teenuseni jõudmine. Samas tuleb ka ette, et juba esmane kontakt teenustega (sõltuvusnõustamine, psühhiaater) on positiivne ning seal on välja selgitatud intensiivsema teenuse vajadus, kuid otsustavat tuge selleni jõudmiseks vajatakse kogemusnõustajalt.

Selgus ka, et keeruline on saada abi sõltuvust tekitavate retseptiravimite tarvitamishäire korral, sest selle häire eripärasid ei võeta teenustel piisavalt arvesse või polegi võimalust teenusele saada. Samuti tunnevad alkoholitarvitamise häirega inimesed puudust Viljandi Haiglaga sarnasest pikaajalisest programmist, kus süvenetaks inimesse individuaalselt. Võõrutusravi kui üks peamiseid võimalusi ei tegele tarvitamise põhjustega ning on lisaks kallis, samas kui psühhiaatriline ravi on halvasti kättesaadav.

Eripärana joonistus välja seegi, et kanepitarvitamist ei peeta tervisele riskantseks ega seostata seda uimastitarvitamise häiretele suunatud teenustega (vahel jõutaksegi teenusele esmalt karistuse asendamise kaudu). Lisaks aga võivad teekonda katkestada pikad ooteajad.

Teekonna katkemise vältimiseks näivad olulised ka järeltugi ning tagasilangustega arvestamine – näiteks võidi juba esmase kontakti järel jõuda sobiva nõustamisteenuseni, kuid jätta see pooleli tagasilangusest tingitud häbitunde tõttu.

Teenusel püsimist toetab sealjuures professionaalne ja pühendunud abi, aga ka turvaline keskkond ning lugupidav ja hooliv suhtumine. Tähtis on järjepidev psühholoogiline töö, mis aitab mõista tarvitamishäire individuaalseid eripärasid, aga annab ka vahendid, kuidas hiljem ise hakkama saada. Juba tehtud töö ning eduelamus tõstavad motivatsiooni teenusel ja kainena püsida. Kõrgelt hinnatakse järelteenust ja selle puhul võimalust saada kriisiseisundis nõu ning tuge igapäevaeluga toimetulekul. Vabamalt ja vahetumalt suheldakse sealjuures sarnase kogemusega nõustajatega.

Uuringus käsitletud teekonnad ilmestavad, et vaja on ühtset raviteekonda olenemata tarvitatavas uimastist, kus sisenemise punktist hoolimata jõutaks sobiliku teenuseni. Võimalustest tarvitajat aidata ja edasi suunata peaksid seejuures teadlikud olema ka spetsialistid neil teenustel, mis pole otseselt uimastitarvitamisele suunatud, kuid kuhu sageli esimesena pöördutakse (psühholoog, psühhiaater). Ümber tuleks lükata teenustega seotud hirme ja väärarusaamu ning toetada inimese motivatsiooni teenusele sisenemisel, sh tuleks tegeleda tarvitamisega seonduva stigma vähendamisega (sh spetsialistide seas), et inimesed julgeksid teenustele pöörduda juba siis, kui tarvitamine pole veel kujunenud tõsiseks häireks. See eeldab ka paremat ennetustööd koolides. Kättesaadavad peaksid eri piirkondades olema teenused, mis pakuvad psühholoogilist tuge ja võimaldavad tegeleda sõltuvuse põhjustega, kuid ei nõua tingimata Viljandi Haiglaga sarnast mitmekuulist intensiivset pühendumist. Lisaks tarvitamishäiretele spetsialiseerunud psühholoogidele võiksid nende võimaluste seas olla näiteks professionaalselt juhitud tugigrupid. Seejuures tuleks kõigil teenustel arvestada võimalike tagasilanguste ja nende põhjustega (nt häbitunne, aga ka lähedaste roll) ning pakkuda tuleks järeltuge. Teenused peaksid olema uimastiülesed, st ligipääsetavad teiste seas psühhotroopsete ravimite mittenäidustatud ja tervistkahjustavast tarvitamisest põhjustatud häirega abivajajatele, ning sobilikud ka mitmikdiagnoosiga inimestele. Vajadus on ka ellu (taas)integreerimist toetavate teenuste ning suuremat anonüümsust pakkuvate abivõimaluste, näiteks veebiprogrammide järele.

4. Teaduskirjanduse ja teiste riikide teenustemudelite analüüs seoses uimasteid tarvitavatele inimestele suunatud teenuste toimimise ja teenustevahelise koostöö tagamisega

4.1. Teaduskirjanduse ülevaade

Sissejuhatava kirjanduse ülevaate abil kaardistati erinevaid tõendatud efektiivsusega mudeleid ja praktikaid, mida kasutatakse erinevate teenuste koostöö tagamiseks, uimasteid tarvitavate inimeste raviteekonna toetamiseks, ravile pöördumise ja/või ravil püsimise toetamiseks. Teaduskirjanduse otsingu ja analüüsi käigus ilmnes nii konkreetseid kui ka üldisemat laadi mudeleid ja praktikaid. Samuti kerkis esile elemente, mis väärivad esile toomist antud eesmärkide saavutamisele kaasa aitavana. Mudelite, praktikate ja elementide vahel esineb omavahelisi kattuvusi ja üksteisest hõlmatust ning omavahelise kombineerimise võimalusi.

Mudelid, praktikad ja üldprintsiibid

Üldisemate levinud koostöömudelite, praktikatena ja juhtprintsiipidena ilmnesid järgmised korraldused:

1. Planeeritud üleminekud ja üleandmise (ingl k *warm handoff*) protokollid erinevate teenuspakkujate vahel
2. *Hub & Spoke*[18] mudel
3. *Collaborative Care Model* (CoCM)
4. *Assertive Community Treatment* (ACT) ja selle edasiarendused
5. Skriinimine, lühisekkumine ja ravile suunamine (ingl k *Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment* – SBIRT) + kontroll-kontaktid
6. Integreeritud ravivõrgustikud (ingl k *Integrated Care Networks* – ICN)
7. Taastumisele orienteeritud teenuste süsteemid (ingl k *Recovery-Oriented Systems of Care* - ROSC)

Planeeritud üleminekud ja üleandmise protokollid erinevate teenuspakkujate vahel

Suurendamaks teenusesaajate sujuvamat liikumist erinevate teenuste vahel ja järgmisele teenusele jõudmist, on oluline pöörata teadlikku tähelepanu nende üleminekute kujundamisele ja korraldusele. Näiteks psühholoogilised ja farmakoloogilised sekkumised üleminekul haiglast kogukonnatasandi teenustele on näidanud kasu raviteekonnas püsimisele ning hilisema haiglaravi või erakorralise meditsiini teenuste vajaduse vähenemist (James et al., 2023).

[18] *Hub-and-spoke* terminina kasutusel üldiselt eesti keelde tõlkimata. Sarnase mudeli kirjeldus RAKE välisriikide VIPS analüüsis: nn *hub and spoke* mudel, mis tähendab seda, et eksisteerib küll keskne administratiivüksus (n-ö keskus, ingl k *hub*), kuid praktiline kohalik teenuse korraldus ja pakkumine toimub üle piirkonna erinevates, patsiendile lähemal asuvates üksustes (mudelis n-ö kodarad/kiired, ingl k *spokes*), milleks tihti on perearstipraksised või kogukonnakeskused.

Teaduskirjanduse narratiivne ülevaade (Incze et al., 2024) kirjeldab taksonoomiat sõltuvushäirega patsientide raviteenuste vahelistest üleminekustrateegiatest, koondades 10 mudelit kolmes valdkonnas.

Fookusega statsionaarsel ravil:

1. Väljaõpe ja protokollid ravi pakkuvatele spetsialistidele. Väljakirjutamise järgsed üleminekud planeeritakse haiglaravi jooksul, kaasatakse nt sotsiaaltöötajaid kogukonnapõhistele teenustele suunamiseks, õendusprotokolle jätkukohtumiste kokkuleppimiseks väljakirjutamisel, retseptiõigusega spetsialiste, tagamaks ravimite piisava kättesaadavuse jätkukohtumiseni.
2. SBIRT. Skriinimine, lühisekkumine ja ravile suunamine, kirjeldatud lähemalt käesolevas peatükis allpool.
3. Haiglapõhine interdistsiplinaarne sõltuvusravi konsultatsioonitiim. Kaasatavate spetsialistide valik varieerub, ent pea kõigis on tuumik sõltuvusravi spetsialistidest psühhiaatria või meditsiini erialal ja sotsiaaltöötajatest. Mudelid võivad kaasata kogemuspõhiseid toetajaid süsteemis orienteerumiseks (ingl k *peer navigators*), õdesid, juhtumikorraldajaid, farmatseute jt praktikuid. Konsultatsioonid kättesaadavad tavaliselt mistahes teenuse või eriala raames hospitaliseerid patsientidele, kel on uimastitarvitamise häire.
4. Tõhustatud jätkutoega interdistsiplinaarne sõltuvusravi konsultatsioonitiim. Lisaks eelmise mudeli aspektidele sisaldab ka püsivat partnerlust ambulatoorse ravi kliinikutega (samas asukohas või kogukonnatasandil) jätkuravi pakkumiseks

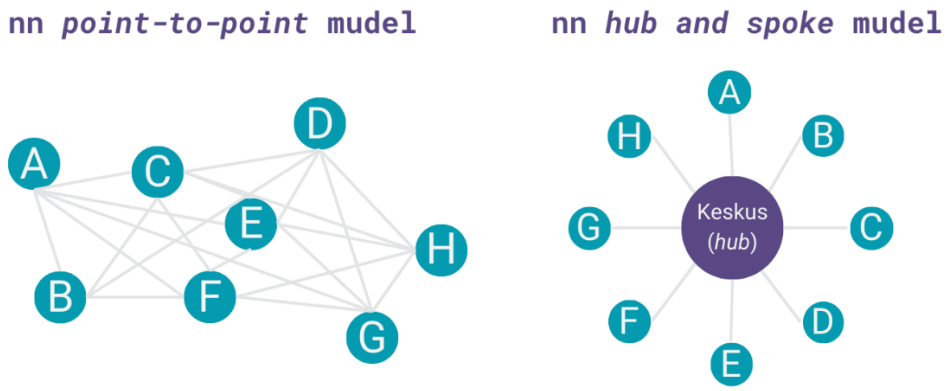
Haiglast kogukonnatasandile ülemineku fookusega:

5. Kogemusteadmisega tugiisikud süsteemis orienteerumiseks (ingl k *peer navigation*). Hõlmab uimastitarvitamisest taastumise kogemusega inimest, kes pakub patsientidele tuge, mentorlust ja abi süsteemis orienteerumiseks haiglas viibimise perioodil ja selle järel. Väljaõpe varieerub, aga üldiselt läbitakse motiveeriva intervjueerimise ja kahjude vähendamise alase nõustamise koolitusi. Tööandjaks võib olla tervishoiuasutus ise või koostööpartneriks olev kogukonnaorganisatsioon. Haiglaravile järgnevat teenustele suunamist juhib haiglas töötav tiim, kes kaasab tugiisikud protsessi, et soodustada jätkukontakte. Tugiisikud on sillaks akuutsema ravi ja kogukonnatasandi vahel ja saavad sageli tuge pakkuda paindlikult, st väljaspool tavapärast tööaega ja patsiendile sobivas keskkonnas.
6. Üleminekuid soodustav juhtumikorraldus (ingl k *transitional care management).* Rakendab sotsiaaltöötajaid või vastava väljaõppega õdesid, kes pakuvad tuge haavatavas olukorras patsientidele, eeskätt suurema riskiga olukordades nagu hospitaliseerimine. Sellistel juhtumikorraldajatel on lai kompetents psühhosotsiaalsete barjääride vähendamisel, mis võivad takistada ravis osalemist (nt korraldatakse transporti, sotsiaalmajutust, suheldakse tervishoiusüsteemi, riigiasutuste jt asutustega patsiendi toetamiseks). Kuigi töötatakse sageli kas ambulatoorses või statsionaarses ravis, võib selline juhtumikorraldaja pakkuda ka nende kontekstide vaheliste üleminekutes: nt esmalt kohtuda haiglas, aidata luua teenustevahelise ülemineku kava haiglaravi järel ning hiljem pakkuda mobiilselt jätkutuge ja teenuste koordineerimist. Mudelit on uuritud interdistsiplinaarse sõltuvusravi konsultatsioonimeeskonna komponendina.

Ambulatoorse ravi fookusega mudelid

7. Partnerlus ambulatoorse ravi kliinikuga. Kliinik või sõltuvusravi programm on haiglale partner jätkutoe või -ravi pakkumiseks haiglaravi järel. Haigla tiim või sotsiaaltöötaja suhtleb kliiniku esindajatega haiglaravi ajal ja kohtub patsiendiga kas näost-näkku või kaugvastuvõtu teel. Sama tiim/isik, kes kohtub patsiendiga haiglas, jätkab temaga tööd kliinikus. Haiglaravi järgsete teenuste planeerimist juhib selle mudeli puhul enamasti kliiniku tiim.
8. Haiglaravi-järgne väljatöö *(outreach)*. Grupp ambulatoorse ravi süsteemis töötavaid praktikuid pakub patsientidele väljatööna teenust ja tuge, et soodustada sidet jätkuraviga. Rolli võivad täita erinevad spetsialistid, sh arstid, sotsiaaltöötajad, õed, juhtumikorraldajad, farmatseudid jt. Jätkutoe teenuste planeerimine toimub haiglaravil olles ja seda juhib haigla tiim. Teenuste koordineerijad suhtlevad väljatöö tiimiga patsiendi väljakirjutamisel ning jagavad nendega patsiendi ravimeid puudutavat raviskeemi, jätkuravi plaani ja kontaktandmeid. Väljatöö tiim püüab patsiendiga luua kontakti telefoni, SMSi või näost-näkku kogukonnas toimuva väljatöö teel (nt mobiilse teenuse busside, varjupaigateenuse vm asukoha külastamise kaudu), et koordineerida jätkutuge. Võidakse pakkuda ka otsest meditsiiniabi, näiteks haavaravi või ravimiretsepte.
9. Jätkutoes osalemise motiveerimine. Jätkutoe kohtumistel osalemist motiveeritakse rahalise või muu materiaalse preemiaga. Võib toimuda kas otseselt kohtumisel või näiteks soovitud käitumise kinnitamise (ingl k *contingency management*) programmi kui tõenduspõhise meetodi kaudu. Selle mudeli korral toimub jätkutoe teenuste planeerimine valdavalt haiglaravil ja tehakse suunamine konkreetsesse asutusse, kuhu pöördumisega nn motivatsioonipakett kaasneb (ja teavitatakse patsienti sellest). Käitumise kinnistamise raamistikus võib lisaks teenusevahelise liikumise soodustamisele sel moel soodustada ka analüüside andmist vms.
10. Nn silla-kliinik. Vastava eesmärgiga kliinik toimib „sillana“ ambulatoorse ja statsionaarse ravi tasandite vahel. Kliinikud pakuvad paindlikku ja kiiret suunamist lühiajalisele intensiivsetele meditsiinilise ja sõltuvusspetsiifilistele teenustele. Valdavalt pakub tuge interdistsiplinaarne tiim klinitsistidest, õdedest, sotsiaaltöötajatest, kogemuspõhistest tugiisikutest jt. Patsientidele pakutakse intensiivset juhtumikorraldust, arstiabi ja sõltuvusravi sagedaste visiitide kujul kuni seisundi stabiliseerumiseni, seejärel korraldavad sotsiaaltöötajad ülemineku pikaajalisemaks toeks kogukonnatasandil (nt perearsti juures). Sillaprogramme kasutatakse ka erakorralise meditsiini osakondades opioidide asendusravi alustamisel. Protsessis toimub kaks ülemineku planeerimist omavahelises partnerluses olevate asutuste vahel: haiglaravilt tegutsevasse sillakliinikusse ja sealt pikaajalist tuge pakkuvasse asutusse. Sillakliinikud pakuvad valdavalt paindlikke vastuvõtuaegu, hõlmates tihti ka kaugvastuvõtu ja elavas järjekorras pöördumist; asukoht võib ühtida teiste teenustega – näiteks süstlavahetus, hambaravi või ajutine sotsiaalmajutus. (Incze et al., 2024) (Aruande ptk'is 3.2 ja Lisades 2 ja 3 lähemalt kajastatud Kanada RAAM kliinikud asetuvad selle mudeli alla.)

Hub & Spoke mudel



Joonis 15. Nn point-to-point ja hub and spoke mudelite toimimist kõrvutav illustratsioon.

Keskses administratiivüksuses/tugipunktis (n-ö keskus, ingl k *hub*) on ekspertiis keerukamate juhtumite haldamiseks (nt sõltuvusspetsialistid, psühhiaatrid, intensiivsed raviteenused), ja nn harukeskuste/kodarate/kiirtena tegutsevad kogukonnatasandil esmatasandi vm teenusepakkujad, kes pakuvad väheintensiivsemaid sekkumisi ja püsivamat tuge.

Mudel ilmnes olulisel määral kasutusel olevat USAs ning tõendust leidnud eeskätt opioidide tarvitamise häire ravis; ent on rakendusel ka Kanadas nn madala lävepakuga kliinikutes (*Rapid Access to Addiction Medicine* ehk RAAM kliinikud (Corace et al., 2023), vt lähemalt ptk 3.2 ja Lisad 2 ja 3) ja Suurbritannias kogemuspõhisele toele põhinevate alkoholihäirest taastumise tugiteenuste pakkumisel (Best et al., 2021).

Rakendamise võimalikke barjääre kajastati Montanas läbi viidud uuringus (Green et al., 2021) järgnevalt: 1) geograafilised takistused, (2) meditsiiniteenuste osutajate vähene huvi, (3) hirm liialt suure nõudluse ees, (4) mured mudeli finantsilise jätkusuutlikkuse pärast ning (5) eelistus formaalse mudelipõhise partnerluse asemel mitteformaalse tehnilise abistamise kasuks. Mudeli rakendamise püüdlused erinevates meditsiinisüsteemides olid keerukad; mudel toimis paremini, kui võrgustiku osad kuulusid samasse organisatsiooni. Seevastu Kanada näidete põhjal näib mudelil olevat oluline potentsiaal ka märkimisväärse geograafilise hajususe ja erinevate organisatsioonide vahelise koostöö korraldusel.

Collaborative Care Model (CoCM)

Kaasav/koostööpõhine lähenemine vaimse tervise valdkonnas, millel on omakorda mitmeid mudeleid. Üldiselt tähistab see teenusesaaja ja esmatasandi teenusepakkujate koostööd teenuse efektiivsuse tõstmiseks. CoCM'id sisaldavad sageli ravi koordineerivas rollis juhtumikorraldajat, ligipääsu psühhiaatri konsultatsioonidele, tõenduspõhiseid ravijuhiseid ja ligipääsu psühhoteraapiatele; kasutegurid hõlmavad paremaid ravitulemusi, ressursside efektiivsemat kasutust ja paranenud ligipääsu teenustele. CoCM ei ole uimastitarvitamise-spetsiifiline mudel, vaid rakendatav mitmekesistele sihtgruppidele, sh sõltuvushäirega inimestele (Marchand et al., 2019; Reist et al., 2022). Opioidide ja alkoholitarvitamise häire kontekstis on tõendatud selle lähenemise mõju randomiseeritud kontrollitud uuringus, kus esmatasandil rakendatud sekkumise tulemusel paranes tõenduspõhiste tarvitamisele

suunatud raviteenuste kasutamine ja 6 kuu jooksul raporteeritud kainus sõltuvusainetest (võrreldes tavapärase raviga)[19] (Watkins et al., 2017).

Assertive Community Treatment (ACT) ja selle edasiarendused

Intensiivse kogukonnakeskse sekkumise (ingl k ACT – *Assertive Community Treatment;* kasutusel ka *Assertive Outreach* jm nimetuste all) mudeli põhimõte on, et multidistsiplinaarse meeskonna liikmed (10—12 spetsialisti) vastutavad ühiselt teatud arvu patsientide (60—100) ravi eest. Meeskond pakub teenuseid otse kogukonnas, et tagada tõhusamat kriisiabi, ravi ning rehabilitatsiooniteenust. Sihtrühma hulgas on üldjuhul raskemate häiretega, sh komorbiidselt esinevate häiretega patsiendid. (Wiktorowicz et al., 2019)

Vaimse tervise ja uimastitarvitamise häire teenuseid ühendavatesse ACT-mudeli meeskondasse kuuluvad sageli juhtumikorraldajad, (vaimse tervise) õed, psühhiaatrid ja psühholoogid ning sõltuvusravi spetsialistid. ACT-mudelil on ka edasiarendusi, näiteks nö integreeritud ACT-mudel (I-ACT), mille puhul täiendab ühises asutuses paiknevaid ambulatoorseid vaimse tervise ja sõltuvusravi teenuseid ka kogukondlik sekkumine, psühholoogiline nõustamine, motiveeriv intervjueerimine ja selle edasiarendused (nt USAs *motivational enhancement*), tööalane rehabilitatsioon ning kogemusnõustamine. (Glover-Wright et al., 2023)

ACT-mudelil on potentsiaalne mõju uimastitarvitamise vähendamisele, kuid seda on veel vähe uuritud (Abufarsakh et al., 2023). Ühe ACT-mudeli puudujäägina on esile toodud selle rakendamise kallidus ning seeläbi piiratud juurdepääs teenusele (Wiktorowicz et al., 2019).

Mudelit on lähemalt käsitletud peatükis 3.2 ja Lisas 3.

Skriinimine, lühisekkumine ja ravile suunamine (SBIRT) + kontroll-kontaktid

(*Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT)*, 2024)

SBIRT on varajase sekkumise programm, mida saab rakendada esmatasandi tervisekeskustes, erakorralise meditsiini osakondades ja teiste kogukondlike teenusepakkujate juures, sh neile, kellel pole veel sõltuvushäire välja kujunenud. Lisaks saab programmiga skriinida alkoholi, opioidide ja teiste ainete tarvitamist alaealiste seas, sh koolides. (*Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT)*, 2024)

Programmil on kolm keskset põhimõtet:

- Skriining võimaldab tarvitamise probleemi ulatust kiiresti hinnata ning määrata asjakohane ravi
- Lühisekkumine (lühike vestlus patsiendiga) suurendab teadlikkust tarvitamise mõjust ning motiveerib käitumist muutma
- Programmi kaudu suunatakse inimene vajadusel edasi spetsialiseerunud raviteenustele (*Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT)*, 2024)

[19] USAs toimunud uuringu ja selle osaks olnud sekkumismudeli põhjaliku ja praktilise kirjeldused ja juhised (sh kohtumiste, lühisekkumise, motiveerimise, ravi koordineerimise ja ravil püsimise toetamise jm elemente puudutavad materjalid) leiab: "SUMMIT Study Protocol: Step-by-Step..." (Ober et al., 2017). Lisamaterjale pakub ka Ameerika Psühhiaatria Assotsiatsiooni kodulehelt: „Learn about the Collaborative Care Model" (APA, s.a.)

SBIRT-programmi võivad USAs pakkuda erinevad spetsialistid, sh lisaks arstidele ja psühholoogidele näiteks kliinilised sotsiaaltöötajad, retsepti- ja diagnoosiõigusega eriõed (ingl k *nurse practitioner*), ämmaemandad ja abiarstid (ingl k *assistant physician*). (CMMS 2024)

SBIRTi kombineerimine nn taastumise kontroll-kontaktivõttudega *(*ingl k *recovery management check-ups*) osutus mõjusamaks kui ainult SBIRT, seostudes kõrge kvaliteediga randomiseeritud kontrolluuringus nii suurema tõenäosusega ravis osalemiseks, rohkema ravis osalemise päevade arvuga ja uimastitarvitamise vähenemises. Kontroll-kontaktivõttude mudel seisnes pärast SBIRT esmakohtumist saadud personaliseeritud tagasisides (tarvitamiskäitumise, motivatsiooni ja taastumise tähtsuse kohta) vastavas „siduvas" rollis isikult (ingl k *linkage manager*, LM); LM poolses toes ravis osalemise barjääride tuvastamisel ja lahendamisel, kohtumiste kokkuleppimisel jm korralduslikus abis; ja regulaarset kontakteerumist. Esimese 2 nädala jooksul kontakteerus LM osalejatega 2-3 korda nädalas, soodustamaks ravile pöördumist või ravis püsimist, kontakti üldine sagedus oli kord kvartalis[20]. LM oli motiveeriva intervjueerimise (MI) väljaõppega, hariduslik taust varieerus keskkoolihariduses magistrikraadini. SBIRT mudeli täiendamine sellisel moel näitab suurt potentsiaali sihtgrupi paremaks toetamiseks ning sidumiseks juba toimivate ravivõimalustega. (Scott et al., 2023)

Integreeritud ravivõrgustikud (*Integrated Care Networks* – ICN)

Integreerituse ulatuse järgi võib eristada näiteks järgmisi integreeritud ravi mudeleid: koordineeritud ravi (ingl k *coordinated*), koostöine integreeritud ravi samas füüsilises asukohas (ingl k *co-located, collaborative*) ning täielikult integreeritud ravi (ingl k *behavioural health integration*). Viimase kümne aasta jooksul on uuringud tõendanud koostöise ja täielikult integreeritud ravimudelite tõhusust mh ravi kvaliteedi tõstmisel ja kulude vähendamisel. Ameerika Psühhiaatrite Seltsi (APA) osalusel määratleti 2016. aastal ka koostöise (ingl k *collaborative)* ravimudeli kui enim levinud mudeli põhimõtted: 1) tugineb meeskonnatööle; 2) arvestab populatsiooni kui tervikut; 3) lähtub ravitulemuste hindamisest ja 4) pakub tõenduspõhist ravi. (Youssef et al., 2019)

Integreeritud ravivõrgustiku näitena võib vaadelda Austraalia tervisevõrgustikke või Šoti tervise- ja sotsiaalvaldkonna partnerlusi, mida on lähemalt käsitletud peatükis 3.2 ja Lisas 3.

Taastumisele orienteeritud teenuste süsteemid (*Recovery-Oriented Systems of Care*, ROSC)

Taastumisele orienteeritud teenuste süsteem (ROSC) tähistab üldmõistena kõigi formaalsete ja informaalsete suhete ning organisatsioonide võrgustikku, mis toetab pikaajalist taastumisprotsessi nii indiviidi, perekonna kui ka kogukonna tasandil. Taastumisele orienteeritud tugisüsteemi korraldus lähtub põhimõttest suurendada inimese „taastumiskapitali" -- sh erinevaid tervise ja heaolu aspekte, mis taastumisega kaasnevad – olenemata sellest, kas inimese eesmärgiks on täielik kainus või mitte. (Day et al., 2025)

Tugisüsteem võib koosneda erinevate taastumist toetavate teenuste või sekkumiste kogumist (ingl k *Recovery Support Services*, RSS), mille keskmes on sarnase kogemusega inimeste tugi kogukonnaga sideme loomisel, käitumise muutmisel ja tagasilanguse ennetusel.

[20] Täpne kontaktide sageduse kujunemine jäi artikli põhjal pisut ebaselgeks.

Taastumist toetavate teenuste hulka võivad kuuluda näiteks 1) tööturuteenused, 2) järelravi taastumise varajases faasis, 3) kogemusnõustajate roll tugiteenuste vahendajatena, 4) majutusteenused, 5) taastumist toetavad kogukonnakeskused ja 6) taastumist toetavad teenused haridusasutustes. (*ibid.)*

Taastumisele orienteeritud teenuste süsteemi mõju on tervikuna keeruline hinnata ning see sõltub kohalikust kontekstist. Üksikute komponentide (teenusete ja sekkumiste) seast on randomiseeritud kontrolluuringute kaudu tõendatud mõju paljudel elementidel, näiteks tööturuteenustel ja taastumise varajases faasis pakutaval järelravil. Kontrolluuringud ei pruugi olla sobivaimad komplekssete teenuste nagu kogukonnakeskuste ning haridusasutustes pakutava toe mõju hindamiseks. Ühe võimaluse hinnata tugisüsteemi tervikuna on aga viimasel ajal esile kerkinud instrumendid taastumiskapitali mõõtmiseks. (*ibid.)*

Mudelit on lähemalt käsitletud peatükis 3.2 ja Lisas 3.

Mudelite ja praktikate sagedased elemendid

Teaduskirjanduse otsingus ilmnes läbivalt mitmeid elemente või omadusi, mis on sihtgrupile teenuste ja sekkumiste pakkumisel ning koostöökorralduses tõhususe tagamisel olulised:

- Patsiendikeskne lähenemine (ingl k *patient-centered care*), mida omakorda iseloomustavad järgmised aspektid (Marchand et al., 2019; Youssef et al., 2019):
    - terapeutiline koostöö (ingl k *therapeutic alliance*), mida iseloomustab spetsialisti empaatilisus, hinnanguvaba suhtumine ja traumateadlik lähenemine;
    - jagatud otsustamine, defineerituna teenusepakkuja ja -saaja läbirääkimisstrateegiatena ravi planeerimisel;
    - individuaalne lähenemine, mida iseloomustab individuaalne hindamine ja vajadustele sobiva ning ligipääsetava teenuste pakkumine;
    - terviklik käsitlus (ingl k *holistic care*), mida iseloomustab lõimitud teenuste pakkumine/korraldus seoses tarvitamise, tervise- ja psühhosotsiaalse abiga. Iga kategooria puhul kirjeldatud täiendavaid karakteristikuid.
- Koordineeritud teenusemudelid (eriti psühhiaatrilise komorbiidsuse puhul), mis omakorda hõlmasid elementidena (Wiktorowicz et al., 2019):
    - kaasavat/koostööpõhist ravi (millel omakorda mitmeid mudeleid; täpsustatud eelnevalt; ingl k *collaborative care*).
    - piirkondlikke võrgustikke, millel on tsentraliseeritud ligipääs teenustele,
    - kliinilise info jagamist teenuspakkumise osapoolte vahel,
    - valdkonnaülest koolitust (ingl k *cross-training*),
    - paranenud teenuste skoopi (ingl k *improved scope of care*), mis hõlmab ka psühholooge;
    - arstide motivatsiooni toetamine (nt rahastusmudelite kaudu);
    - kasuliku tegurina ilmneb ka vaimse tervise ja sõltuvusravi teenuste ühine asukoht (Glover-Wright et al., 2023)
- Lühisekkumised, sh motiveeriv intervjueerimine, motivatsiooni tõstmine ja kognitiiv-käitumuslikul teraapial põhinevad sekkumised (Bielenberg et al., 2021; Rao et al., 2019; Tran et al., 2021)
- Kombineeritud sekkumised; nt.:

    - Kombineeritud farmakoloogiline tugi ja psühhosotsiaalsed sekkumised (ingl k *contingency management, community reinforcement*, psühhoterapeutiline nõustamine ja pereteraapia) opioidide võõrutuses – tõendatud kasu ravi lõpuleviimisel, tagasilanguse ennetamisel (World Health Organization, 2009)
    - Kognitiiv-käitumusliku teraapia (KKT) sekkumised koos farmakoteraapiaga uimastitarvitamise häire ravis – tõendatud kasu ravi tulemuslikkuse tõstmisel (Ray et al., 2020)
    - Psühhosotsiaalsed sekkumised koos opioidide asendusraviga – tõendatud kasu tarvitamise ja suremuse vähendamisel (võrreldes ainult asendusraviga) (Pierce et al., 2016; World Health Organization, 2009)
- Kogemusnõustajate kaasamine, sh ravile pöördumise ja ravis püsimise barjääride langetamisel (Gaiser, 2021; SAMHSA, s.a Stanojlović & Davidson, 2021)
- Soovitud käitumise kinnitamine (ingl k *contingency management)* – tõendatud mõju ravil püsimise toetamisel, tarvitamise vähendamisel ja sellest hoidumisel (Forster et al., 2019)
- Digisekkumised tarvitamishäire ravis – tõendatud mõju tarvitamise vähendamisel (Boumparis & Schaub, 2022; Ramadas et al., 2023)

4.2. Teiste riikide teenustemudelid

4.2.1. Kanada

Ülevaade sotsiaal- ja tervishoiusüsteemi toimimisest vaimse tervise valdkonnas

Kanada sotsiaal- ja tervishoiusüsteem vaimse tervise valdkonnas toimib mitmetasandilise mudeli alusel, ühendades provintside poolt juhitavaid tervishoiuteenuseid, kogukonnatasandi programme ja mitteformaalse toe süsteeme. Süsteem rõhutab üha enam integreeritud mudelite rakendamist, eriti psüühikahäirete ja sõltuvushäirete puhul, mis esinevad sageli koos (K. A. Urbanoski et al., 2008). Spetsialiseeritud kogukonnatasandi toe programmid nagu intensiivne kliendikeskne kogukonna tugi (ingl k *Assertive Community Treatment*) ja intensiivne juhtumikorraldus on kasutusel, toetamaks eeskätt raskete psüühikahäirete ja ebastabiilse eluasemega isikuid, eesmärgiga parandada ravi järgimist ja ühiskondlikku toimetulekut (Ecker et al., 2012). Samas on süsteemis siiski lünki, mida põhjustavad stigma, kultuurilised barjäärid ja süsteemsed ebavõrdsused, eriti haavatavate rühmade hulgas nagu eakad ja etnilised vähemused (K. Urbanoski et al., 2017).

Kanadas on vaimse tervise valdkonna arendamine toimunud koostöises suunas alates 2000ndatest ning sai selged suunised 2011. aasta visioonidokumendiga; loodud on mudel *Canadian Collaborative Care Model*, mille alusel pakutakse vaimse tervise alast abi perearstide ja vaimse tervise spetsialistide koostöös; sõnastatud on selged rollid, põhimõtted ja rakendamise suunised (Kates, 2017; Kates et al., 2023); arenduste käigus on tähelepanu pööratud ka tõenduspõhistele arendustele, mis peavad silmas uimastitarvitamist (Flexhaug et al., 2012; Jeffries et al., 2013).

Uimastitarvitamise häirega inimestele suunatud teenuste korraldus

Uimastitarvitamise häirega inimestele suunatud teenuste rahastamine toimub peamiselt avaliku tervishoiusüsteemi kaudu, mida täiendavad erakindlustus ja kogukondlikud algatused. Provintside ja regioonide tervishoiusüsteemid moodustavad rahastamise põhilise tugisamba, eraldades ressursse raviprogrammidele, kahjude vähendamise algatustele ja vaimse tervise teenustele, kuigi rahastamise prioriteedid varieeruvad piirkonniti märkimisväärselt, põhjustades teenuste kättesaadavuses regionaalseid erinevusi (K. Urbanoski et al., 2017).

Föderaalne valitsus toetab uimastitarvitajate teenuseid programmide kaudu nagu Substance Use and Addictions Program, mis pakub rahastust organisatsioonidele ennetuse, ravi ja kahjude vähendamise projektide elluviimiseks (Rabheru et al., 2020). Mittetulundusorganisatsioonid saavad rahastust nii avalikest kui ka eraressurssidest, keskendudes kahjude vähendamise meetmetele nagu kontrollitud tarbimise punktid ja marginaliseeritud rühmadele suunatud väljatöö (McPherson & Boyne, 2017). Eratervisekindlustusega inimesed saavad kasutada täiendavaid teenuseid, kuid sõltuvushäirete ravi kaetus erakindlustuste on sageli piiratud võrreldes avaliku rahastuse teenustega (Thomas et al., 2016). Märkimisväärne osa inimesi maksab erateenuste eest omaosalusest, mis piirab teenustele ligipääsu, seda eriti madala sissetulekuga elanikkonna jaoks (K. Urbanoski et al, 2008). Sellest tulenevalt on ellu kutsutud mitmeid uuendusi ja arendussuundi.

Mudelid ja praktikad

1. RAAM kliinikud

Ontario provintsis on alates 2015. aastast organisatsiooni META:PHI eestvedamisel ellu kutsutud RAAM (ingl k Rapid Access Addiction Medicine, nn kiire juurdepääsuga sõltuvusravi) tervishoiuteenuseid pakkuvad kliinikud. Pilootprogrammis alustati seitsme asukohaga Ontario provintsis, toetuste teel on laienetud üle kogu provintsi. Alates 2020. aastast rahastab META:PHI programmi ka Ontario terviseministeerium. ("*About"*, META:PHI, s.a.) Kliinikute eesmärk on pakkuda nn madala lävepakuga, kiiret ja eelregistreerimist mitte vajavat juurdepääsu tõenduspõhisele ravile uimastitarvitamise häiretega inimestele.

RAAM kliinikud keskenduvad esmasele hindamisele, farmakoloogilise ravi alustamisele, lühinõustamisele, kahjude vähendamisele, triaaži sobivamaile ravitasandile ja edasistele tugi-, ravi- ja kogukonnateenustele suunamisele. RAAM kliinikute eesmärk on luua ühendust erakorralise meditsiini osakondade, esmatasandi arstiabi ja spetsialiseeritud sõltuvusraviteenuste vahel. Need toimivad koostööpõhise mudeli (*collaborative care model)* alusel ning nn silla-kliinikuna. Loode-Ontario piirkonnas, mida iseloomustab hajus asustus ja väiksem spetsialistide ressurss, lähtutakse korralduslikult ka *hub-and-spoke* mudelist; üldist mudeli rakendamise juhiseid on täiendatud, võimaldamaks suuremat paindlikkust piiratud oludes. Integreerides sõltuvusravi laiemasse tervishoiusüsteemi, soosivad Ontario RAAM kliinikud ravile jõudmist, teenustel püsimist, struktureerivad organisatsioonide- ja tasanditevahelist koostööd ja panustavad ravitulemuste paranemisse. Kliinikute multidistsiplinaarne meeskond hõlmab sõltuvusele spetsialiseerunud arste, õdesid, retsepti- ja diagnoosimispädevusega eriõdesid ja sotsiaaltöötajaid või mobiilseid töö tegijaid (ingl k *outreach workers*) ning kogemuspõhise toe pakkujaid. RAAM kliinikud pakuvad jätkutuge, sh konsultatsioonide näol ka esmatasandi töötajatele. (*About*, s.a.; Corace et al., 2023; Wiercigroch et al., 2020)

Kuigi teadusuuringutes kajastatakse enim just opioidide ja alkoholi tarvitamisest põhjustatud häirete ravi, nähtub kliinikute kodulehtedest, et abi pakutakse uimastiüleselt. Tõendatud mõju on ilmnenud ravile pöördumise ja seal püsimise soodustamises, tarvitamise vähenemises või lõpetamisel; samuti erakorralise ja statsionaarse abi vajaduse ja suremuse vähenemises.(Corace et al., 2023; Hu et al., 2019; Srivastava et al., 2021; Wiercigroch et al., 2020). Põhjalikku ülevaadet uuringutest kajastab koondtabel Lisas 2 ja kokkuvõtet Lisas 3 vastavas jaotusmaterjalis. Praktika kohaldatavuse analüüs on esitatud peatükis 5.

RAAM kliinikute ellukutsumise ja tegevuste kohta on kättesaadaval põhjalikul materjale META:PHI kodulehel, sh põhjalik juhis kliiniku loomiseks ja haldamiseks[21], materjalikogud erakorralise meditsiini osakondadele nii opioiditarvitamise häire kui ka alkoholiga seotud pöördumiste puhuks. Kohandamaks mudelit Loode-Ontario geograafilistele, kultuurilistele ja piiratumad ressurssidega oludele, on loodud ka täiendav juhend antud piirkonnale, milles kajastub muuhulgas nii mudeli kohandus *hub-and-spoke* korraldusele ning traumateadliku praktika rakendamine (nii teenusesaajate kui pakkujate vaates).

[21] Sealhulgas check-listid erinevate etappide ja tegevuste jaoks; juhised koolituseks ja töötajate on-board'inguks; minimaalsed ressurssid nii inimeste, ruumide kui teenuste lõikes; näitlikud ametikirjeldused ja eri rollides vajalikud pädevused; vormid ja küsimustikud esmaseks vastuvõtuks, skriinimiseks, tagasiside kogumiseks, suunamiseks; kvaliteediindikaatorid jpm.

Oluline on esile tuua, et RAAM kliinikute mudel ei eelda uute hoonete ehitamist, vaid pakub pigem selged ja kohandatavad juhised olemasolevate ressursside rakendamiseks, kohandamiseks ja arendamiseks koostöö eesmärgil. Küll aga on vajalik teenuspakkujate soov partnerluses sellise mudeli alusel toimivat kliinikut vedada – see nõuab püsivat koordineerimist ja koostööd. Koostöö toetub partnerorganisatsioonidele, kes kliinikut veavad: vastavalt organisatsioonide võimekusele luuakse koostöölepped ning panustatakse vastavalt rahaliselt, ruumide, tööjõu, konsultatsioonide, varustuse jm vajalike ressurssidega. Oluline on ka muutuse eestvedajate olemasolu (vt Lisa 2), kes lähenemise ellukutsumist ja juurutamist juhivad ja mudeldavad. Intervjuu tõi esile, et mudel on paindlik, sobitumaks väga erinevate võimaluste ja vajadustega. Kesksel kohal olevana hinnati:

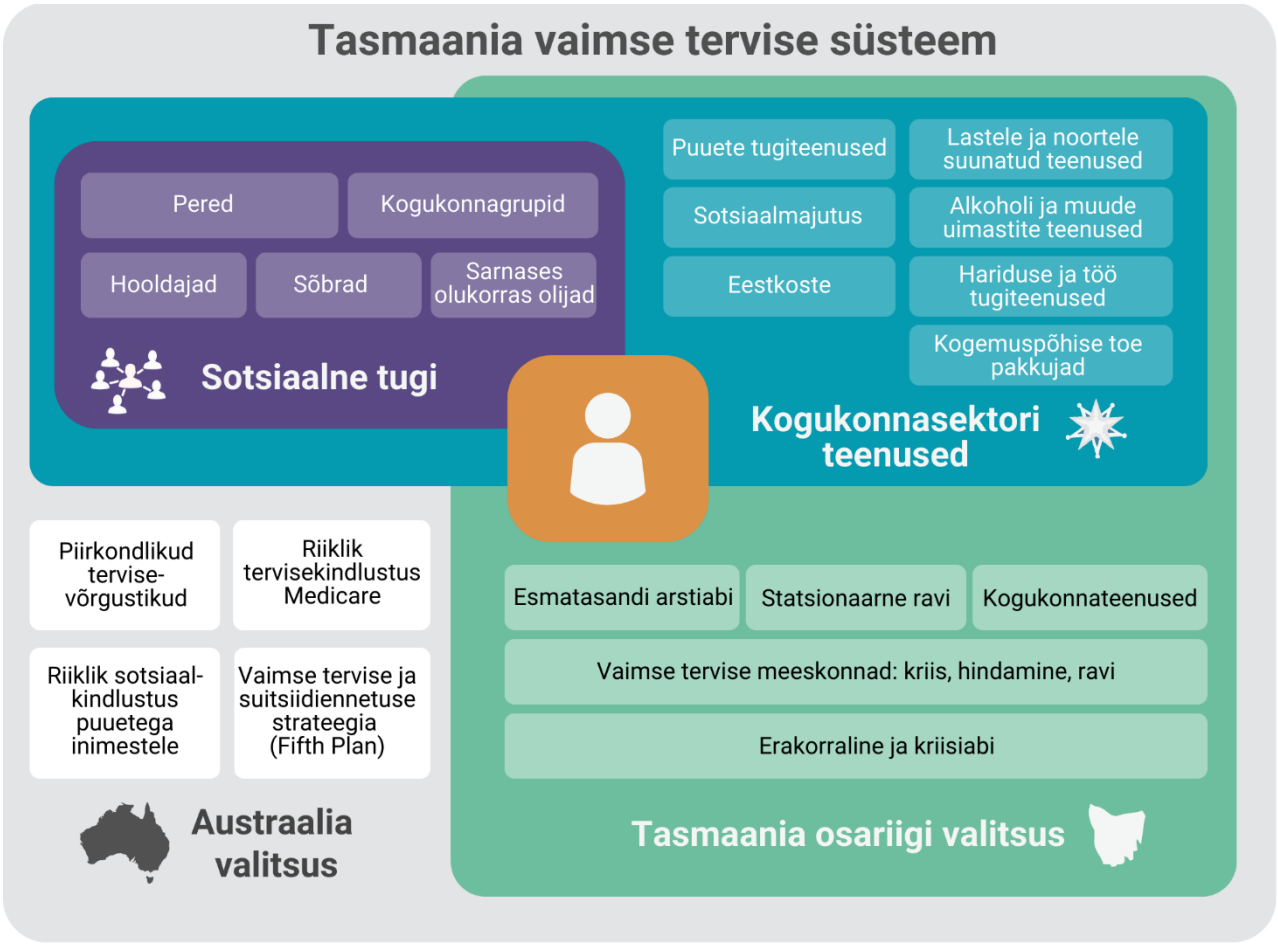
- vajalike ruumide,
- tugeva juhtimise ja partneritevahelise koostöö,
- nõustamis- ja ravipädevusega ning retseptiõigusega spetsialistide, ning
- kogemuspõhise toe pakkujate olemasolu.

4.2.2. Austraalia

Austraalia puhul oleme antud uuringu raames Eestiga võrreldavuse suurendamiseks lisaks üldistele riiklikele korraldustele vaadanud lähemalt Tasmaania osariiki. Tasmaania pindala on 68 401 km^2 , rahvaarv 2024. aasta seisuga 575 000 inimest (ABS 2024). Tasmaania on Austraalia väikseim osariik, mida iseloomustab riigi madalaim elatustase, suurim osakaal mittereligioosseid inimesi ja kõrgeim (ning kõige kiiremini kasvav) keskmine vanus (ABS 2021, 2022, 2023). Osariik on jaotunud kolmeks tervishoiupiirkonnaks; kesksed tervishoiuteenuste pakkujad on vastavalt kolmes linnas (Gossip et al., 2023).

Ülevaade sotsiaal- ja tervishoiusüsteemi toimimisest vaimse tervise valdkonnas

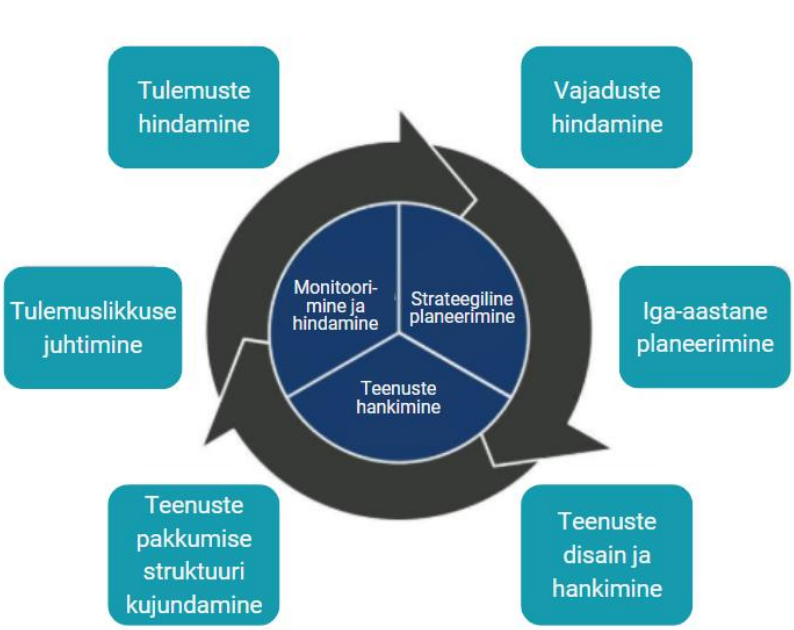
Austraalia sotsiaal- ja tervishoiusüsteem on kompleksne ja toetub mitmetele osapooltele: rolli mängivad nii riiklikud rahastus- ja kindlustussüsteemid, osariikide tasandil pakutavad teenused ja kogukonnasektori teenused kui ka nende omavahelised koostöömehhanismid. Tasmaania osariigi süsteemi illustreerib kokkuvõtlikult Joonis 16. Tasmaania valitsus pakub vaimse tervise abi avalike haiglate kaudu (hõlmates erakorralist meditsiini, pikaajalisi vaimse tervise raviteenuseid (ingl k *residential mental healthcare*) ja kogukonnatasandi vaimse tervise teenuseid. Austraalia valitsus rahastab riikliku tervisekindlustussüsteemi Medicare kaudu eriarstide, perearstide, psühholoogide ja teiste tervishoiutöötajate vastuvõtte; muid esmatasandi vaimse tervise teenuseid aga piirkondlike tervisevõrgustike (ingl k *Primary Health Networks*) kaudu. (PHT 2024)



Joonis 16. Tasmaania vaimse tervise valdkonna abi korraldus. Allikas: (PHT 2024), tõlkinud uuringu autorid.

Austraalia riikliku tervishoiusüsteemi keskmes on riiklik tervisekindlustussüsteem Medicare, mis tagab kõigile kodanikele ja alalistele elanikele juurdepääsu paljudele tervishoiuteenustele, sealhulgas vaimse tervise teenustele. Perearstid on sageli esmane kontakt vaimse tervise probleemide korral. Perearstid saavad koostada vaimse tervise raviplaani, mis võimaldab patsiendil saada Medicare'i toetusega psühholoogilist nõustamist või psühhiaatrilist abi. Raskemate vaimse tervise probleemide korral osutatakse abi avalikes haiglates ja kogukonnapõhiste teenuste (ei ole kõigis piirkondades kättesaadavad) kaudu. Paljud vaimse tervise teenused on saadaval ka erasektori kaudu, kus patsiendid maksavad teenuste eest ise või kasutavad selleks erakindlustust. (Healthdirect Australia 2024, Australian Government Department of Health and Aged Care 2019)

Innovatiivne aspekt Austraalia tervishoiusüsteemis on 2015. aastal loodud piirkondlikud tervisevõrgustikud (kokku 31 organisatsiooni üle riigi), mis on riiklikult rahastatud mittetulunduslikud organisatsioonid, mille eesmärk on parendada tervishoiuteenuste tõhusust ja tulemuslikkust. Nende organisatsioonide rolliks on eelkõige koordineerida ja integreerida kohalikke tervishoiuteenuseid koostöös kohalike haiglavõrgustikega. Tegeletakse piirkondlike tervisealaste vajaduste hindamisega ja sellest lähtuva teenuste planeerimise, hankimise, rahastamisega ja hindamisega (vt ka Joonis 17), sihiga võimaldada inimestele ligipääsu neile vajalikele teenustele sobivas kohas ja piisavalt kiiresti.



Joonis 17. Piirkondliku tervisevõrgustiku töö: vajaduste hindamisest tegevuste elluviimise ja tulemuslikkuse hindamiseni. Allikas: Australian Government Department of Health and Aged Care (2024), tõlkinud ja kohandanud uuringu autorid.

Piirkondlikud tervisevõrgustikud ei ole ise teenusepakkujad; teenusepakkumist hangitakse erinevatelt olemasolevatelt organisatsioonidelt. Samuti panustatakse esmatasandi tervishoiuteenuste osutajate – perearstide, apteekrite, õdede jt – ja vaimse tervise teenuste pakkujate toetamisse (nt koolituste, õppe- ja juhendmaterjalide abil), et parendada teenuste kvaliteeti ja tugevdada esmatasandi tervishoiusüsteemi. Tervisevõrgustike tegevusega soovitakse tagada, et tervishoiuteenused oleksid paremini lõimitud, kättesaadavad ja vastaksid kogukonna vajadustele, vähendades seeläbi haiglaravi vajadust ja parandades

patsientide kogemusi tervishoiusüsteemis. (Australian Government Department of Health and Aged Care 2019, 2023, 2024, PHT 2024) Näiteks on Tasmaania tervisevõrgustik loonud juhend- ja õppematerjalid (programm *Shared Transfer of Care*[22]), et soodustada krooniliste ja kompleksete tervisevajadustega inimeste sujuvat ja efektiivset suunamist sotsiaal- ja tervishoiusüsteemi erinevate osade vahel (PHT, „Shared..“)

Uimastitarvitamise häirega inimestele suunatud teenuste korraldus

Alkoholi ja teisi uimasteid tarvitavatele inimestele suunatud teenuste sektoris on hetkel toimumas oluline reform – ollakse umbes poolel teel 10-aastasest plaanist, mille eesmärk on luua lõimitud ja tõhus teenustesüsteem. Selle raames on Tasmaania tervisevõrgustik teinud koostööd (st tellinud ja rahastanud teenuseid) erinevate kohalike ja üleriigiliste organisatsioonidega, et korraldada alkoholi ja muude uimastite tarvitamise häirete ravi- ja tugiteenuste pakkumist. Kuna suur osa ravist toimub perearsti tasandil, avalikes haiglates, erakliinikutes ja teistes tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandeteenustel, mitte otseselt uimastite tarvitamise häirele suunatud teenustel või asutustes, siis on olulist tähelepanu pööratud just koostööle nende teenustega. Järgnevad spetsiifilised tugiteenused ja ravivõimalused peavad olema osa terviklikust hooldusprotsessist:

- Võõrutusravi *(*ingl k *withdrawal management)* – statsionaarne, ambulatoorne/kodupõhine ja kogukonnatasandil ravi majutusteenusega (ingl k *community residential*) ;
- Rehabilitatsioon *(*ingl k *residential rehabilitation)* – lühiajalised, pikaajalised ja päevaprogrammid;
- Tagasilanguste ennetamine, taastumine ja jätkutugi *(*ingl k *maintenance);*
- Opioidide asendusravi;
- Psühhosotsiaalsed sekkumised/nõustamisteenused;
- Hoolduse koordineerimine/juhtumikorraldus – kas kombineeritult või eraldiseisva teenusena;
- Konsultatsiooni- ja nõustamisteenused;
- Pereliikmetele pakutavad tugiteenused;
- Lühisekkumised;
- Kahjude vähendamise programmid, nt nõela- ja süstlavahetusprogrammid, ning nende kaasatus kõigis raviteenustes. (PHT, „Alcohol and other…“, Government of Tasmania 2020)

Teiste tegevuste seas on üks prioriteet ka stigma vähendamine, et uimasteid tarvitavad inimesed ja nende lähedased oleksid julgemad oma probleemidele abi otsima. Piirkondliku tervisevõrgustiku ja osariigi valitsuse poolt on kinnitatud kommunikatsioonitegevuste kokkulepe, et soosida eetilist, lugupidavat ja vastutustundlikku suhtlusviisi ja keelekasutust alkoholi ja muude uimastite ning neid tarvitavate inimeste teemadel (PHT, „Alcohol and other…“, ATDC „Communication Charter“). Nii kommunikatsioonitegevuste kokkuleppe väljatöötamises kui ka üleüldises teenuste ja koostöökorralduste arenduses on keskses rollis alkoholi, tubaka ja teiste uimastite nõukogu (Alcohol, Tobacco and other Drugs Council,

[22] Materjalid leitavad Primary Health Tasmania kodulehelt: https://www.primaryhealthtas.com.au/for-health-professionals/programs/connecting-care/shared-transfer-care/

ATDC), mis ühendab teenuste pakkujaid, riiklike asutusi jm organisatsioone (ATDC, „About us“, „Our Members“). Nõukogu esindab alkoholi, tubaka ja muude uimastite sektorit[23] piirkondlikul ja riiklikul tasandil ja selle eesmärgid on järgmised:

- Osaleda kohalikul ja riiklikul tasandil alkoholi, tubaka ja muude narkootikumidega seotud poliitika, struktuuride, teenuste, ressursside jaotusprotsessi ja eesmärkide väljatöötamisel, jälgimisel ja analüüsimisel.
- Hõlbustada partnerlussuhete ja koostöö arendamist ja toimimist, et toetada ühiseid tegevusi ning tugevdada organisatsioonilist ja individuaalset suutlikkust (teenuste parandamiseks).
- Edendada kogemusteadmise (isikliku kogemusega inimeste ehk kogemuseekspertide) kontseptsiooni ja kaasamise praktikat (otsuste tegemisel, planeerimisel, poliitika väljatöötamisel, prioriteetide seadmisel ja kvaliteediküsimustes) alkoholi, tubaka ja muude uimastitega seotud teenustes.
- Edendada jätkusuutlikkust ja seista piisavate ressursside, suutlikkuse suurendamise ja tööjõu arendamise eest alkoholi, tubaka ja muude uimastite sektoris.
- Osaleda teadusuuringute arendamises ja tõenduspõhiste parimate praktikate kasutamises ning toetada neid tegevusi Tasmaania alkoholi, tubaka ja muude uimastite sektoris.
- Vajadusel toetada alkoholi, tubaka ja muude uimastite sektori organisatsioone. (ATDC 2022)

ATDC tegevuste hulka kuulub ka vabatahtlike kogemuseekspertide (ingl k *Lived Experience Advocates*) toetamine, et nad saaksid kaasa rääkida teenuste kujundamises ja huvikaitses; selleks vahendab ATDC võimalusi suhtluseks teenuspakkujate, valitsuse ja meediaga (ATDC, „Lived Experience“)

Mudelid ja praktikad

1. Piirkondlikud tervisevõrgustikud *(Primary Health Networks, PHN)*

Piirkondlikke tervisevõrgustikke saab vaadelda näitena teenuste korralduse ja omavahelise koostöö mudelist, kuid antud uuringu kontekstis ilmneb mitmeid kitsaskohti nende tõendatuse taseme hindamisel uimastitarvitajatele suunatud teenuste kontekstis. Kuivõrd tegu on oluliselt laiema tervishoiukorraldusliku mudeliga, ei õnnestunud leida uuringuid, mis käsitleksid selle mudeli efektiivsust spetsiifiliselt sellele sihtgrupile suunatud teenuste lõikes. Anname järgnevalt siiski ülevaate leidudest.

Neli uuringut käsitlesid Austraalia piirkondlike tervisevõrgustike rolli, toimimist ja tõhusust tervishoiuteenuste korraldamisel. (Bates et al., 2022) uurisid võrgustike rakendatud teenuste tellimise mudelit, leides, et see on kontseptuaalselt sobilik kohalike esmatasandi tervishoiu prioriteetide tuvastamiseks ja täitmiseks, tuues kokku erinevad sidusrühmad. Võrgustike töötajad kasutasid oma teadmisi ja kogukondlikku teadmust ning kontakte asjakohaste teenuste kujundamiseks. Siiski võisid mudeli edukust potentsiaalselt õõnestada lühikesed rahastustsüklid ja lühikesed planeerimisperioodid, keskendumine pigem riiklikele kui

[23] Organisatsioonide, teenuste ja spetsialistide võrgustikku, mis tegeleb alkoholi, tubaka ja teiste uimastitega seotud probleemide ennetamise, ravi, kahju vähendamise ja rehabilitatsiooniga.

kohalikele prioriteetidele ning püsiv tegevustoetuse vähendamine. Ka (Windle et al., 2023b) tõi esile keskvalitsuse märkimisväärselt piiravat mõju tegevuste ulatusele, ajale ja rahastusele. Sarnaseid leide kirjeldab ka (Freeman et al., 2021), tuues samas esile olulist piirkondlikku varieeruvust võrgustike ning osariiklike osapoolte koostöös: olgugi, et mõnel juhul oli koostöö puudulik, esines ka tugevat koostööd ja koordineeritust teenuste hankimisel. (Windle et al., 2023a) leidsid, et kuigi võrgustikud kirjeldasid selget kavatsust tervisealase ebavõrdsuse vähendamiseks ja kogusid märkimisväärset tõendusmaterjali ebavõrdsuste ja vajaduste kohta, piirdusid nende tegevused peamiselt indiviidi tasandile suunatud kliiniliste ja käitumuslike lähenemisviisidega.

Kirjeldatud uuringud viitavad kokkuvõtlikult sellele, et kuigi piirkondlikel tervisevõrgustikel on potentsiaali tegeleda kohalikele tervisehoiuvajadustele vastamisega, on nende sellealane efektiivsus piiratud struktuursete, ressursialaste ja juhtimisprobleemide poolt. Mõju suurendamiseks vajavad võrgustikud autonoomiat otsustusprotsessides, piisavalt ressursse ja süsteemsemaid planeerimisprotsesse, mis võimaldaks enam prioriseerida kohaliku tasandi vajadusi. Uuringud olid kvalitatiivsed, rakendati dokumendianalüüsi ja intervjuusid; uuringute ulatus varieerus ühest piirkondlikust tervisevõrgustikust (Bates) kõigi 31 hõlmamiseni (ülejäänud kolm). Austraalia esmatasandi tervishoidu WHO raamistiku põhjal hinnatud kirjanduse ulatusuuring ja võrdlev analüüs (Mengistu et al., 2023) tõi esile üleüldiselt ajas paranenud ligipääsu teenustele, sektoritevahelist koostööd, teenuste lõimitust ja efektiivseid tervishoiureforme; ent siiski ilmnes krooniliste ja komplekssete terviseprobleemidega inimeste abistamisel barjääre (eeskätt väheste suunamiste ja teenuste vähese lõimituse näol).

Eelmisel aastal on avaldatud ka Austraalia riikliku auditibüroo audit, milles hinnati valitsuse tööd piirkondlike tervishoiuvõrgustike tulemuslikkuse juhtimisel ("Effectiveness of ...", 2024). Auditis tuuakse esile, et tulenevalt andmete kogumisega seonduvatest probleemidest on keerukas hinnata, kas mudeli kasutuselevõtt on täitnud sätestatud eesmärgid – kuigi raporteeritud näitajates võib mõnel puhul näha positiivset muutust (alkoholi ja uimastitega seotud näitajates minimaalselt[24]), siis valdavalt puudub info baastaseme kohta enne mudeli rakendamist; ning kogutud teave ei ole sageli tulemuslikkuse osas kõnekas. Erinevatele tegevustele, pilootprojektidele ja katsetustele on tehtud küll hindamisi, kuid erinevaid hindamisi ei ole sünteesivalt analüüsitud, selgitamaks välja, kas erinevates tegevustes ilmnes sarnaseid murekohti või probleeme.

Auditist nähtub, et mudeli aluseks on programmiloogika, mis sõnastati 2015 aastal ning mida on uuendatud aastatel 2018, 2023 ja 2025. Programmiloogika hõlmab endas programmi eesmärke, sisendi andjaid, osapooli, väljundeid ja tulemeid. 2018. aasta programmiloogika sisaldas ka „muutuse teooriat", mis pakub konteksti elementidevahelistele seostele (kuid ei viita laiemale teoreetilisele raamistikule). 2023. aasta versioonis see puudus; 2025. aasta

[24] Näiteks AOD1: osakaal hankelepingutes hõlmatud teenuspakkujatest, kes aktiivselt teenuseid pakuvad; või AOD2: formaalsete partnerluste arv kohalike teenuspakkujatega. Kummagi indikaatori puhul ilmneb, et juba esimesel raporteerimisperioodil oli saavutatud võrdlemisi kõrge tase, mis järgmise kahe perioodi jooksul oluliselt ei tõusnud.

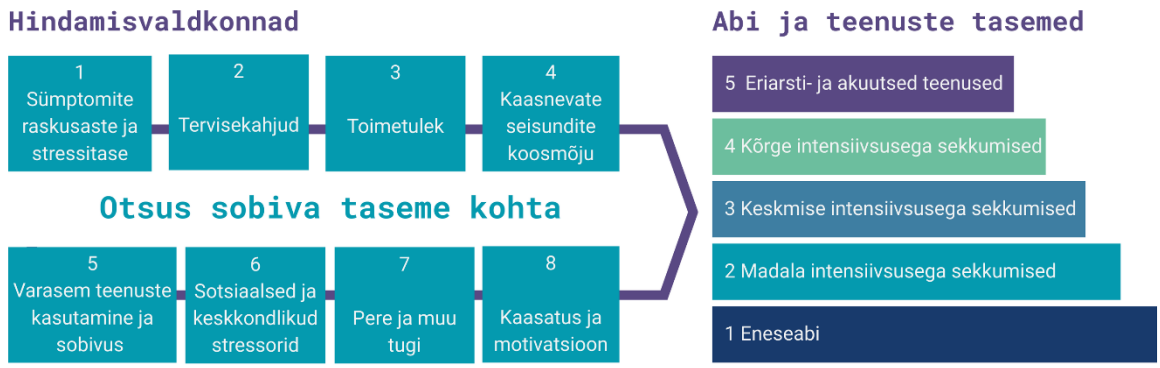
märtsis uuendatud dokument sisaldab seda taas[25]. Ükski versioon programmiloogikast ei ole käsitlenud mudeli võimalikke ettenägematuid tulemusi või kahjulikke tagajärgi. (Samas)

Kokkuvõtlikult näib, et piirkondlikud tervisevõrgustikud võivad teatavate mööndustega asetuda tõendatuse astmel kolmandale tasemele, ent käesoleva uuringu sihtgrupi lõikes on tegu pigem kaudse kvaliteediga tõenditega, mis ei võimalda hinnata mõju antud uuringu põhilistele uurimisküsimuste lõikes. Uuringute tulemusi käsitletakse põhjalikult Lisas 2 koondtabelis, praktika üldisi aspekte Lisas 3 vastavas jaotusmaterjalis. Praktika kohaldatavuse analüüs on esitatud peatükis 5.

2. Astmelise abi mudel ja triaaži/otsustusabi/süsteemis navigeerimise tööriistad

Austraalias on rakendatud astmelise abi mudel, soosimaks tervishoiuressursside optimaalseimat kasutust lähtuvalt inimese abivajadusest. Kaheksas hindamisvaldkonnas kogutud teabe põhjal paigutatakse inimese abivajadus ühele viiest teenuste intensiivsuse astmest (vt Joonis 18). Astmelise abi süsteemi toetamiseks on riiklikul tasandil loodud hindamist ja sobiliku teenuste tasandi valimist lihtsustav töövahend (Initial Assessment and Referral Decision Support Tool (IAR-DST). (PHT, „Mental health...“) Antud töövahendi kriitilises käsitluses (Rosenberg et al., 2023) tuuakse esile kahtlused, kas see tööriist suudab piisavalt hästi eristada teenustele pöörduvate inimeste erinevaid kliinilisi ja psühhosotsiaalseid vajadusi. Näiteks ei eristavat IAR-DST piisavalt kliinilise abi vajadust, mis nõuab vaimse tervise spetsialistide (nt psühholoogide ja psühhiaatrite) poolt osutatavaid vaimse tervise sekkumisi, komorbiidsete terviseprobleemidega (nt füüsiline tervis, ainete kuritarvitamine) tegelemise vajadusest, mida osutavad perearstid, õed ning sõltuvusravi pakkujad, või muudest psühhosotsiaalsetest vajadustest, mis nõuavad rohkem sotsiaalset, heaolu-, tööhõive- või eluaseme alast toetust. Antud puudujäägi katmiseks soovitatakse hindamissüsteemi täiendada patsiendi hinnangutel põhinevate tervisetulemitega (*patient-reported outcome measures*, PROM).

[25] „Muutuse teooria: Piirkondlikud tervisevõrgustikud saavad aru vastava piirkonna tervisevajadustest ja kohalikust tervisesüsteemist. Võrgustikud kasutavad seda teadmist, et rakendada efektiivset tervishoiuteenuste hankimist, võimekuse arendamist ja koordineerimist oma piirkonnas. Võrgustikud on seeläbi kõige paremas positsioonis, et pakkuda sihipäraseid ja kohandatud lähenemisviise, mis parandavad kogukonna tervisetulemusi.“ Allikas: Australian Government Department of Health and Aged Care, Primary Health Networks (PHN) Program Logic



Joonis 18. Austraalia astmelise abi mudel. Allikas: (PHT, „Mental health initial assessment and referral (IAR) decision support tool"), tõlkinud ja kohandanud uuringu autorid.

Narratiivne kirjandusülevaade, mis käsitleb vaimse tervise alast triaaži toetavaid töövahendeid, tõdeb, et kirjeldatud on mitmeid antud tööriistade eeliseid, ent toetav tõendusmaterjal on hetkel veel napp (Watson et al., 2023). Sellealaste uuringute tulemusi käsitletakse Lisas 2 koondtabelis, Lisas 3 vastavas jaotusmaterjalis. Praktika kohaldatavuse analüüs on esitatud peatükis 5.

Austraalias on kasutusel suur hulk vaimse tervise abi süsteemis navigeerimist toetavaid veebipõhiseid tööriistu, mis aitavad leida olemasolevaid teenuseid ja valida sobivaid ravi- ja tugiteenuste pakkujaid killustatud ja keerukas süsteemis. Tööriistade arv on viimase viie aasta jooksul hüppeliselt tõusnud, ületades riiklikul tasandil 100 erineva abivahendi piiri. Enamik neist on suunatud teenusesaajatele ja/või tervishoiuspetsialistidele; üldiselt on enamik suunatud spetsiifilisele terviseprobleemile või sihtgrupile (sh ka alkoholi või muude uimastite valdkonnale). Seitse abivahendit käsitles raviteekondi, toetas hindamist, ravikäsitlust ja teenusesaajate suunamist kohalikus tervisesüsteemis; neist neli olid loodud tervishoiuspetsialistidele ning mõned neist rakendavad IAR-DST'd. (Woods et al., 2024).

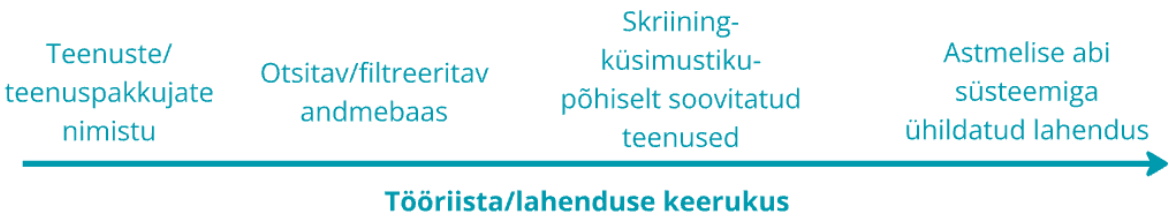
Uuringumeeskond kontakteerus eelnimetatud uuringu esimese autoriga, kes jagas väljavõtet uuringu raames kaardistatud 14 alkoholi- ja uimastivaldkonna abivahendist.[26] Tabel 7 koondab näiteid teenuste leidmiseks mõeldud abivahenditest, keskendudes:

- Selge ülesehitusega interaktiivsetele veebilehtedele, mis võimaldavad sobilike teenuste otsimist või filtreerimist asukoha, teenuse sihtgrupi vm tunnuste põhjal.
- Staatiliste andmestike näidetele (näiteks PDF'ina esitatud teenuspakkujate nimistud), mis kerkisid esile kiirelt hoomatava struktuuri ja/või informatiivsusega.

Joonis 19 illustreerib otsustustoe vahendite varieeruvat keerukust alates lihtsatest teenuste nimekirjadest kuni komplekssemate lahendusteni. Lihtsamal tasemel on temaatilised teenuste nimekirjad, millele võivad lisanduda põhilised otsinguvõimalused. Keskmises keerukusastmes leidub skriiningküsimustikke, mis soovitavad abivajajale sobivaid teenuseid ja lihtsustavad otsustusprotsessi. Kõige keerukamad lahendused, nagu IAR-DST

[26] Woods lisas ühe, mis oli viidatud uuringus loetletud eeskätt põliselanikele suunatud vahendite all, ent sisaldab ka uimastitemaatikat.

hindamisvahend, on integreeritud kohaliku astmelise abi mudeliga ning pakuvad sisendi põhjal spetsiifilisi soovitusi sobilikuks teenustasandiks.



Joonis 19. Otsustustoe vahendite tehnilise keerukusastme varieeruvus. Allikas: uuringu autorid.

Tabel 7. Valik Austraalia otsustusabi tööriistu, mis hõlmavad alkoholi- ja uimastitarvitajatele suunatud teenuseid. Allikad: Woods et al 2024 uuringu raames koostatud andmestik ja vastavate tööriistade veebilehed.

	Inimene ise	Lähedane või hooldaja	Spetsialist	
Tööriist, link, märkused	Sihtgrupp			Sisu ja funktsioonid
Path2Help: adf.org.au/help-support/path2help Haldab Alcohol and Drug Foundation, arendatud riikliku valitsuse toel	✓	✓	✓	• Interaktiivne • Teenuspakkujate nimistu, teenuste kirjeldused ja praktiline teave, asukohapõhine otsing • Sõelküsimustik tarvitajale või lähedasele (uimastiülene, ASSIST[27]) • Alkoholi- ja uimastialane teave
Strong Spirits Strong Minds: strongspiritstrongmind.com.au Põlisrahvaste kultuurilise spetsiifikaga Arendatud osariigi valitsuse toel	✓		✓	• Interaktiivne • Teenuspakkujate nimistu, eraldi kategooriates nt noortele, naistele, meestele suunatud teenused • Spetsialistidele koolitustele registreerumine, brošüürid klientide jaoks • Alkoholi- ja uimastialane teave
ADIS (alcohol and drug information service) adis.health.qld.gov.au Haldab piirkondlik tervishoiuteenuste pakkuja), arendatud osariigi valitsuse toel	✓	✓	✓	• Interaktiivne • Teenuspakkujate nimistu, teenuste kirjeldused ja praktiline teave, asukohapõhine otsing • Sõelküsimustik tarvitavale inimesele (alkohol ja muud uimastid eraldi; eeldatavasti aluseks ASSIST) • Spetsialistidele faktilehed, infoliin • Teenustele suunamise võimalus nii tarvitajale kui ka tervisespetsialistile • Alkoholi- ja uimastialane teave

[27] Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test

QNADA: qnada.org.au Haldaja ja arendaja mittetulunduslik kogukonnatasandi teenuspakkujate võrgustik	✓	✓	✓	• Interaktiivne • Teenuspakkujate nimistu, teenuste kirjeldused ja praktiline teave, asukohapõhine otsing • Infomaterjalid (brošüürid, teabelehed) • Spetsialistidele koolitustele registreerumine, e-õpe
Eclipse: eclipse.org.au Arendust veab eest teadusasutus, osalevad ja rahastavad mitmed organisatsioonid (sh riiklik valitsus, ülikoolid jne)	✓			• Interaktiivne • Teenuspakkujate asukohapõhine otsing • Sõelküsimustik tarvitajale (uimastiülene – olenevalt vastustest instrumentide variatsioon; sisaldab mh DASS-21, AUDIT, CUDIT, une kvaliteet, toitumine ja aktiivsus, traumakogemused) [28] ; vastustest lähtuvalt soovitatakse veebipõhiseid programme (ent mitte muid teenuseid) • Täisfunktsionaalsus registreeritud kasutajale (nt tulemuste kokkuvõte ja kirja põhi perearstiga jagamiseks) • Tööriist näib olevat arendusjärgus (lingid, mis ei toimi või viivad mitteootuspärasele lehele), samas on aimatav potentsiaal arendustöö jätkudes
Piirkondliku tervisevõrgustiku rahastatud teenused: SWSPHN Mental Health and AOD Services Booklet (PDF)			✓	• Staatiline • Teenuspakkujate nimistu, teenuste kirjeldused ja praktiline teave • Vaimse tervise ja suitsiidiennetuse teenused on kategoriseeritud ka astmelise abi mudeli taseme järgi, ent uimastiteenused on sellealaste märgeteta
Piirkondliku tervisevõrgustiku rahastatud teenused: CESPHN Service guide (PDF)			✓	• Staatiline • Teenuspakkujate nimistu, teenuste kirjeldused ja praktiline teave • Info spetsialistidele suunatud koolituste ja lisaressursside kohta

[28] Küsimustik on pikk ja väga põhjalik ning kasutusel teadustööks andmete kogumisel, mis näib olevat prioriteetne eesmärk. Küsimustike tulemuste rakenduslikkus teenuste soovitamisel on uuringu läbiviimise hetkel veel madal: skriining ei anna vähemalt registreerumata kasutajale oluliselt tagasisidet (nt tarvitamist puudutavate riskide kohta), vaid osutab ainult tarvitatava aine või ärevuse/depressiooni/traumaatilise kogemuse olemasolu põhjal veebipõhistele programmidele; test-täitmiste puhul ei ilmne otsest seost sümptomite raskusastme ja soovitatavate programmide vahel. Ebaselgeks jääb, kas küsimustiku kättesaadavus ja kasutatavus registreerimata kasutajale on tahtlik ja sihipärane või juhuslik funktsionaalsus.

4.2.3. Suurbritannia: Šotimaa

Ülevaade sotsiaal- ja tervishoiusüsteemi toimimisest vaimse tervise valdkonnas

Olulist rolli tervishoiu- ja sotsiaalteenuste koordineerimisel ja integreerimisel mängivad partnerlusorganisatsioonid (Health and Social Care Partnerships, HSCP), mis koondavad piirkonniti teenuspakkujaid ja sidusrühmade esindajaid.

Tervishoiu- ja sotsiaalteenuste integratsioonile pani Šotimaal aluse 2014. aastal vastu võetud seadus, mille järgi on kohalikud omavalitsused ja NHS-i piirkondlikud nõukogud (ingl k *health board*) kohustatud tegema täisealiste kogukondlike tervishoiu- ja sotsiaalteenuste planeerimisel ja osutamisel koostööd. Kokku tegutseb Šotimaal 31 tervishoiu- ja sotsiaalteenuste partnerlusorganisatsiooni. Seaduse järgi peavad kohalikud omavalitsused ja NHS-i nõukogud korraldama oma piirkonnas teenuseid (sh teenuseid planeerima, osutama ja monitoorima) ühise integratsioonimudeli alusel.

Integratsioonimudeli ülesehituseks on kaks võimalust:

- NHS-i nõukogu ja kohalik omavalitsus delegeerivad teineteisele ülesandeid
- NHS-i nõukogu ja kohalik omavalitsus delegeerivad ülesandeid kolmandale juhtimiskogule (ingl k *Integration Joint Board, IJB*)

Neist esimest rakendatakse ainult ühes Šotimaa omavalitsuses (Highland) ning seal jaotuvad ülesanded järgmiselt: NHS-i piirkondlik nõukogu (NHS Highland) vastutab täisealiste tervishoiu- ja sotsiaalteenuste eest ning kohalik omavalitsus lastele pakutavate teenuste eest.

Ülejäänud 30 piirkonnas kasutatakse teist mudelit ehk sotsiaal- ja tervishoiuteenuste korraldust juhib eraldi integratsioonikogu (IJB), kuhu kuuluvad erandita kohaliku omavalitsuse volikogu liikmed ja NHS-i nõukogu liikmed. Lisanduda võivad hääleõiguseta liikmed, näiteks kutsealade, töötajate ning kogukonna esindajad. (HSCS, „About Health and Social Care Integration in Scotland") Aberdeenshire'i näitel on nõukogu kohustatud kaasama ka teenusekasutajate ja (tasustamata tööd tegevate) omastehooldajate esindajaid (Aberdeenshire Council, „Integration Joint Board"). Integratsioonikogu rahastavad NHS-i piirkondlik nõukogu ja kohalik omavalitsus (eraldi otserahastust Šotimaa valitsuselt ei ole).

Integratsioonikogu ülesanne on koostada strateegia Šotimaa üheksa tervise ja heaolu eesmärgi saavutamiseks (eesmärgid on sätestatud eelnimetatud seaduses). Kohalik omavalitsus ja NHS-i piirkondlik nõukogu viivad strateegia ellu integratsioonikogu juhtimisel, sh sätestab kogu selleks vajaliku eelarve. Igal integratsioonikogul peab olema tegevjuht, kes juhib strateegia rakendamist ning vastutab NHS-i nõukogu ja kohaliku omavalitsuse ees. Tegevjuht tagab ka, et teenuste integratsioon vastaks kohalikele oludele ja kohalike kogukondade vajadustele, seejuures peab seaduse järgi olema partnerlusorganisatsioonide tegutsemispiirkond jaotatud vähemalt kaheks kohalikuks piirkonnaks.

Seadus nõuab ka, et integratsioonikogu koostaks kord aastas aruande üheksa tervise ja heaolu eesmärgi saavutamisest kohalikus piirkonnas. (HSCS, „About Health and Social Care Integration in Scotland")

Uimastitarvitamise häirega inimestele suunatud teenuste korraldus

Uimastitarvitajatele pakutavaid teenuste korraldusel, koordineerimisel ja arendamisel tehakse olulist koostööd piirkondlike partnerlusorganisatsioonidega (Alcohol and Drug Partnerships,).

ADP partnerlusorganisatsioonidesse kuuluvad riiklikud ja kolmanda sektori organisatsioonid, sh kohalikud omavalitused, integratsioonikogud, NHS-i piirkondlikud nõukogud ning politsei- ja vanglateenistus. ADP-de eesmärk on töötada välja kohalikud tegevuskavad uimastitarvitamise probleemiga tegelemiseks ja sõltuvusest tervenemise edendamiseks, tuginedes kohalike vajaduste hindamisele. Kokku on Šotimaal 30 ADP partnerlusorganisatsiooni. (Scottish Government, „Alcohol and drug policy: partnership working")

2019. aastal avaldas Šoti valitsus koostöös kohalike omavalitsuste liiduga uimastitarvitamise ja sellest tuleneva kahju vähendamise raamdokumendi, mis seab ADP-dele ja teistele kohaliku tasandi organisatsioonidele ootuse oma tegevust monitoorida, tõhusalt juhtida ning läbipaistvalt rahastada. Selle järgi peab iga ADP kajastama oma strateegias mõõdetavad väljundid ja prioriteetsed tegevused, toetudes mh Šotimaa uimastitarvitamise vähendamise strateegiale.

Samuti annab raamdokument ADP-dele suunise selgitada välja ühised eesmärgid teiste kohalike partnerlusorganisatsioonidega ning korraldada koostöös nende elluviimist. Selleks tuleb ADP-del kaasata vähemalt järgmisi organisatsioone: kogukondlike õigusteenuste partnerlusorganisatsioonid (*Community Justice Partnership*), lastele suunatud teenuste partnerlusorganisatsioonid (*Children's Partnership*) ja integratsioonikogud. Lisaks tuleb teenuste planeerimisel ning arendamisel kaasata sõltuvuse kogemusega inimesi ja nende lähedasi.

Raamdokumendi järgi peavad kohalikud tegevuskavad olema omavahel kooskõlas: ka integratsioonikogud peavad tõhusa juhtimise ning järelevalve kaudu tagama, et NHS-ile ja kohalikule omavalitsusele antud tegevusjuhised toetavad ADP kohalikus strateegias ettenähtud eesmärkide täitmist. (Scottish Government 2019)

Ülevaate ADP-de eesmärkidest ja tegevustest nende täitmisel annavad Šoti valitsuse korraldatud iga-aastase küsitluse tulemused. Näiteks on 2023/24. a küsitluse aruande (Scottish Government 2024) põhjal kõik 30 ADP-d täitnud teiste seas järgmisi eesmärke:

- kogunud regulaarselt tagasisidet ADP rahastatud teenuseid kasutanud klientidelt. Tagasisidet rakendatakse peamiselt teenuste parandamiseks, samuti strateegia kujundamisel ja juhtimisotsuste tegemisel;
- kajastanud vähemalt ühes strateegiadokumendis stigmaprobleemi;
- korraldanud sõeluuringuid alkoholi kahjude tuvastamiseks. Samuti on mitmekesised alkoholi ravivõimalused saadaval enamikes ADP piirkondades;
- rakendanud traumateadlikku lähenemist ADP rahastatud või toetatud teenustes;
- loonud ravi- ja tugiteenuseid lastele ja noortele, kelle vanem või eestkostja tarvitab uimasteid.

Mudelid ja praktikad

1. Tervise- ja sotsiaalvaldkonna partnerluskoostööd tervistkahjustavale uimastitarvitamisele suunatud teenuste pakkumisel

Eelnevalt kirjeldatud partnerlusvõrgustike (HSCP'd ja ADP'd) tegevust uimasteid tarvitavatele inimestele pakutavate teenuste ja nendevahelise koostöö arendamisel oleme uuringus käsitlenud ka analüüsitava praktikana. Sellealaste uuringute tulemusi käsitletakse Lisas 2 koondtabelis, Lisas 3 vastavas jaotusmaterjalis. Praktika kohaldatavuse analüüs on esitatud peatükis 5.

Läbiviidud intervjuudes toodi esile, et üks olulisemaid arenguid valdkonnas, mis toetub just partnerlusvõrgustike panusele, on farmakoloogiliselt toetatud ravi standardite loomine ja rakendamine. Nimetatud ravistandardid seisnevad 10 tõenduspõhises teenuste pakkumise printsiibis, nende põhjendustes ning kvalitatiivsetes ja kvantitatiivsetes hindamisalustes standardite saavutatuse osas (*Medication Assisted Treatment (MAT) Standards for Scotland*, 2021):

1) pöördumisega samal päeval ravi alustamise võimalus,
2) informeeritud otsuse toetamine farmakoloogilise ravi osas,
3) kõrge tervisekahju riskiga inimeste proaktiivne tuvastamine ja ravi alustamise/jätkamise pakkumine (ingl k *assertive outreach*),
4) tõenduspõhise kahjude vähendamise pakkumine,
5) tugi ravi jätkamiseks nii kaua kui inimene soovib,
6) psühholoogiliselt informeeritud raviteenused (tase 1) või regulaarne tõenduspõhiste väheintensiivsete psühhosotsiaalsete sekkumiste pakkumine (tase 2) ning tugi sotsiaalse võrgustiku kasvatamiseks,
7) valikuvõimalus saada ravi esmatasandi teenuspakkujalt,
8) ligipääs sõltumatule esindamisele (ingl k *independent advocacy*) ja sotsiaaltoele,
9) komorbiidse psüühika- ja sõltuvushäirega inimestel on võimalik saada vaimse tervise tuge osana ravist,
10) traumateadlik teenusepakkumine.

2. Muutuste eestvedajad (ingl k *clinical champions*)

Innovatiivne lahendus Suurbritannias valdkonna arendamisel on 2019. aastal loodud valitsuse juures tegutsev muutusi juhtiv roll (*Recovery Champion*), mille eesmärgiks on nõustada valitsust uimastitarvitamist puudutava poliitika ja praktika osas. Rolli kannab sõltuvushäiretele spetsialiseerunud psühhiaater Ed Day. Tema ülesanne on pakkuda vaadet taastumist toetava süsteemi käekäigule, et nii riiklik valitsus kui ka kohalikud partnerid vastutaksid sõltuvusest taastuvate või taastumisprotsessi alustamist kaaluvate inimeste tervise parandamise eest. (UK Government Recovery Champion – Annual Report, 2021)

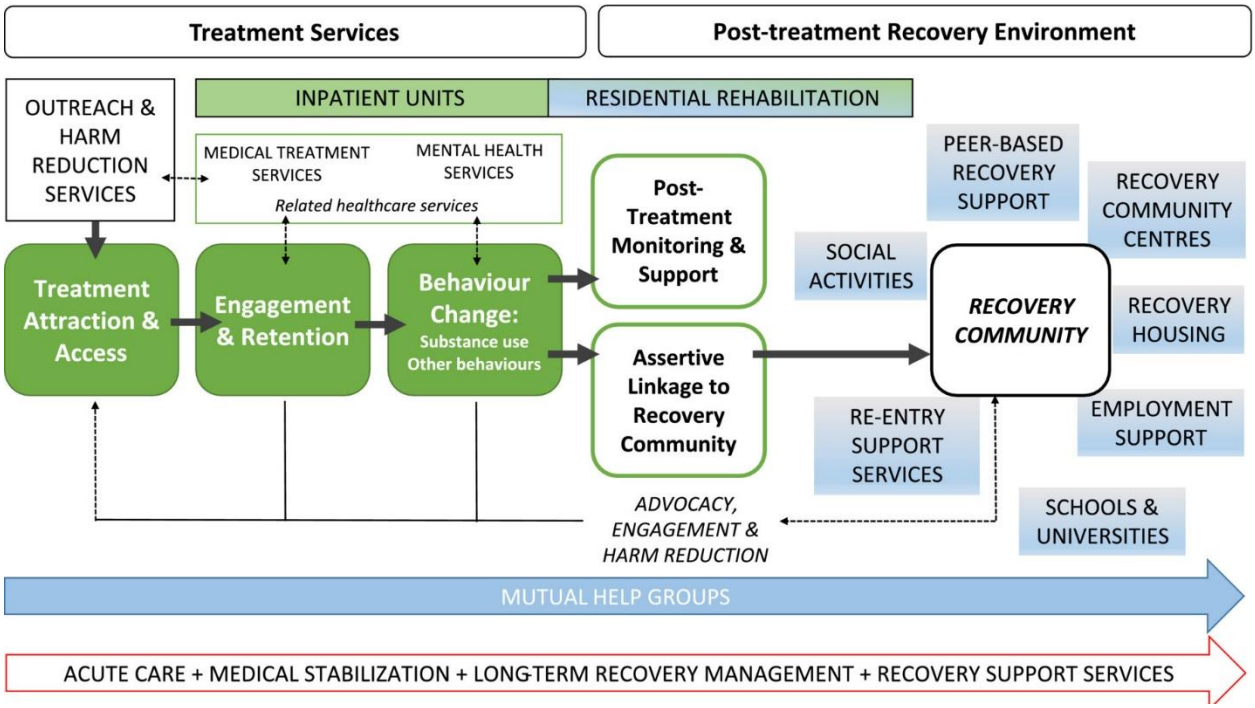
Sarnane muutuste eestvedaja või saadiku roll (ingl k *clinical champion*) on tervishoius laialt kasutatud rakendusstrateegia, mis langetab uute praktikate kasutuselevõtu barjääre ja soodustab pingutuste tulemuslikkust. Mõjusus on ilmnenud eriti teenuspakkujaid puudutavate barjääride mõjutamisel ja teenuspakkujate käitumise muutmisel.

Tõenduspõhiste praktikate kasutuselevõtu soodustamise võimaliku mehhanismina on kirjeldatud, kuidas sellised eestvedajad kujundavad kavatsust, modelleerides antud praktikaid enda käitumise kaudu ja toetades kolleege. Kavatsuste käitumuslikku teostamist võidakse edendada aga oskuste arendamise ja kolleegidele mentorluse pakkumise käigus (Morena et al., 2022). Soosiv mõju tervishoiualaste muutuste ellukutsumises on ilmnenud ka juhuslikustatud kontrollgruppidega uuringutes (Miech et al., 2018). Eestvedaja olulist rolli tõenduspõhiste praktikate kasutuselevõtus just alkoholi- ja uimastitarvitajatele suunatud kliinilises praktikas on näidatud ka süsteemses kirjandusülevaates (Wood et al., 2020); praktikat käsitletud lähemalt Lisas 2.

3. Taastumisele orienteeritud teenuste süsteem (Recovery Oriented System of Care)

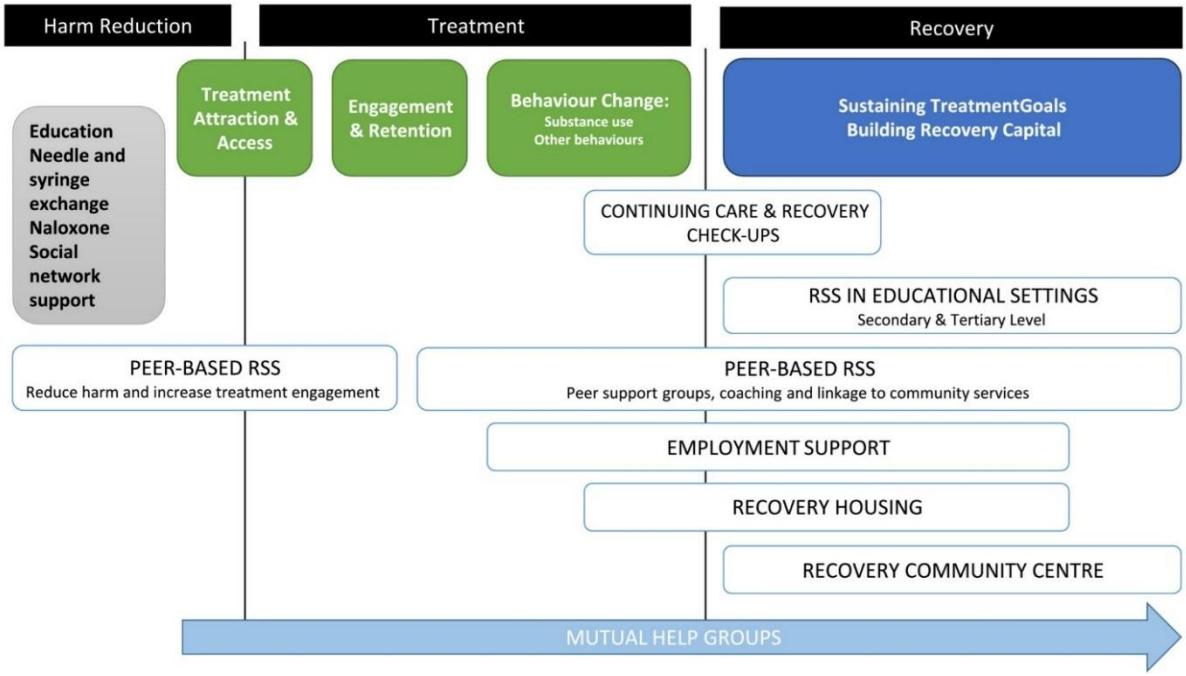
Day jt (Day et al., 2025) pakuvad põhjaliku käsitluse raamistikust Recovery Oriented System of Care (ROSC, taastumisele orienteeritud teenuste süsteem), mis hõlmab taastumist toetavaid sekkumisi või teenuseid (Recovery Support Services, RSS), mida pakutakse sageli tavapärasemate raviteenuste kõrval. Antud käsitlus vaatleb taastumist terviklikumalt kui vaid probleemse tarvitamiskäitumise kontrollimist, hõlmates muid tervise ja heaolu aspekte (nn taastumiskapitali, ingl k *recovery capital*), mis on olulised tagasilanguste ennetamisel. Nende teenuste hulgas on olulisel kohal kogemuspõhise teadmuse rakendamine inimestega kontakti loomisel, käitumise muutmisel ja tagasilanguste ennetamisel. Süsteemne ülevaade toob esile kuut tüüpi RSS sekkumised/praktikad, mis on Suurbritannias kasutusel:

- kogemusnõustamise/vastastikuse toe põhised (ingl k *peer-based*) taastumise tugiteenused,
- tööhõive toetamine,
- taastumist soosivad elamisvõimalused (ingl k *recovery housing*)
- jätkutugi ja taastumise kontrollvisiidid (ingl k *check-up*),
- taastumiskogukonna keskused (ingl k *recovery community centres*, RCC),
- taastumise tugiteenused haridusasutustes.



Joonis 20. Võimalik taastumist toetavate teenuste järjestus terviklikus ravikäsitluses ROSCi kohaselt. (Allikas: Day et al., 2025).

Day asetab need ka laiemasse ROSC süsteemi raviteenuste ja ravijärgse taastumiskeskkonnana (vt Joonis 20) ning pakub taastumisteenuste võimaliku järjestuse taastumisteekonnal (vt Joonis 21).



Joonis 21. Taastumisele suunatud ravisüsteemi käsitluse diagramm, mis oli sisendiks Suurbritannia 2022. aasta uimastistrateegiale. (Allikas: Day et al., 2025) Vasakul poolel on ravisüsteemi osad, paremal taastumist toetavad teenused. Piiratud ruumi tõttu ei kajastu siin täiendavad süsteemi võtmekomponendid (nt esmatasandi teenused, õigussüsteem, sotsiaalteenused, eluaseme- ja tööhõive toetuskeskused. Diagramm on skemaatiline kahel põhjusel: esmalt, see kujutab taastumisteekonda lineaarse ja ühenäolisena, mitte tugevalt individuaalse teekonnana, kus võib toimuda nii edasi-, tagasi- kui ka külgsuunalisi liikumisi. Teiseks, see eeldab et kõik, kel on oluline sõltuvusprobleem, pöörduvad ravi- või tugiteenuste poole, kuigi andmed osutavad ka sõltuvuse iseseisva seljatamise võimalusele.

Neli kuuest RSS vormist osutusid ka tugevalt tõendatuks. Juhuslikustatud kontrolluuringud, mis käsitlesid sekkumisi tööhõive taseme tõstmiseks, näitasid suurt mõju. Jätkutoe sekkumised, mis on suunatud varajasse taastumisfaasi, on näidanud väikest, kuid statistiliselt olulist kasutegurit. Kogemusnõustajate poolt pakutavad sekkumised, mis ühendasid inimesi tugitegevustega seostusid vähenenud tagasilanguse ja taashospitaliseerimise määradega, suurenenud osalusega ning suurenenud sotsiaalse toetusega muutustele. Taastumist soosiva majutuse uuringud on samuti näidanud positiivseid tulemusi, sealhulgas olulisi erinevusi võrreldes tavapärase lähenemisega. Taastumiskeskuste (RCC) või haridusasutustes pakutavate taastumise tugiteenuste (RSS) kohta kontrollitud uuringuid ei leidunud.

Uuringus tuuakse esile, et taastumisele orienteeritud teenuste süsteemi puudutav proovikivi on selle hindamine tervikuna. Kuigi esitatud tõendid kirjeldavad taastumisele orienteeritud süsteemi komponente, pole lihtsat viisi mõõta kasu või selle puudumist lähenemisviisi rakendamisest kohalikul tasandil. Siiski on olemas mitmeid taastumisele keskendunud süsteemi tulemuslikkuse indikaatoreid, sealhulgas infrastruktuuri ja kohanemisvõime mõõdikuid, taastumisele keskendunud teenuste protsessi mõõdikuid ja taastumise tulemuste mõõdikuid. Juhul, kui andmete kogumine lõpeb niipea kui indiviid lahkub raviasutusest, on raske näidata kogukonnas taastumise toetamiseks mõeldud sekkumiste mõju. Taastumiskapitali kontseptsioon pakub kasulikku kokkuvõtet taastumise tugiteenuste (RSS) üldisest eesmärgist ning praeguseks on loodud ka uurimisinstrumente selle mõõtmiseks. (Samas). Uuringute tulemusi käsitletakse ka Lisa 2 koondtabelis.

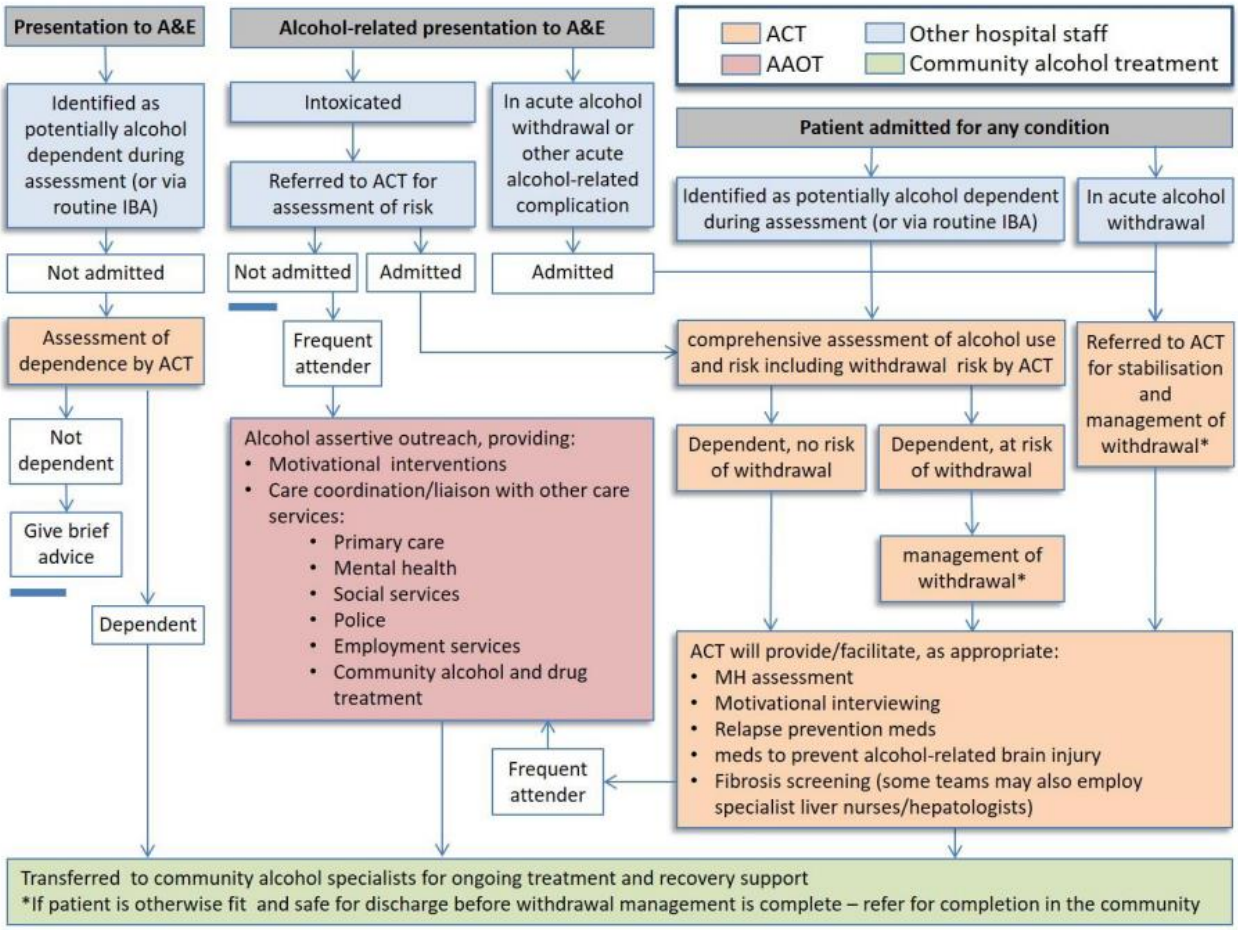
4. NHSi integreeritud ravi mudel: alkoholihäire tiimid (*alcohol care teams/alcohol liaison teams*)

Haiglapõhised multidistsiplinaarsed meeskonnad, mis pakuvad erialast abi alkoholi tarvitamishäirega patsientidele. Nende eesmärk on vähendada alkoholiga seotud haiglaravi vajadust ja parandada patsientide ravitulemusi, pakkudes varajast sekkumist, meditsiinilist juhtimist, lühisekkumisi, kahjude vähendamist ja suunamist esmatasandile, kogukonnatasandi teenustele või rehabilitatsiooni. Teenuse osana pakutakse alkoholispetsiifilist intensiivset kliendikeskset kogukonnateenust (ingl k *alcohol assertive outreach teams, AAOT).*

Teaduskirjanduses tuuakse esile, et alkoholiravi tiimid vähendavad akuutse haiglaravi vajadust, korduvhospitaliseerimist ja suremust ning parandavad alkoholi tarvitamishäire ravi kvaliteeti ja tulemuslikkust. Töö tugineb 11 tõenduspõhist ja kulutõhusat komponendil. Tõhus mudel põhineb kliinilise spetsialisti juhitud multidistsiplinaarsel meeskonnal koos integreeritud raviteekondadega, mis ühendavad esmatasandi, eriarstiabi ja kogukonnateenused. Oluline on koordineerida tööpõhimõtted erakorralise meditsiini osakondade ja akuutravi üksustega, tagada igapäevaselt kättesaadav alkoholiõe teenus. Lisaks on hõlmab mudel psühhiaatriat, assertive outreach tiimi ja maksahaiguste pädevusega gastroenteroloogide kaasamist (Moriarty, 2020). On leitud, et kõnealusel interdistsiplinaarsel koostöö ülesehitusel on potentsiaal alkoholitarvitamise häirega haiglapatsientide ravi kvaliteedi parandamiseks ning kaasatud võrgustikupartnerid hindasid seda positiivselt. Interdistsiplinaarne koostöö võib pakkuda lahendust, et suurendada alkoholitarvitamise

häirega patsientide ravimäärasid, ning seda tuleks haiglates laialdasemalt kasutusele võtta (Kools et al., 2022). Mudelit puudutavad uuringud on käsitletud lähemalt Lisas 2.

Suurbritannia riiklik tervishoiusüsteem NHS on teenust kirjeldanud ka vastavas juhendmaterjalis (NHS 2019); samuti on loodud ka standardid, toetamaks tiimide tegevuse arendamist (ACTION 2024). Mudeliga seotud raviteekonda kajastab Joonis 22.



Joonis 22. Alkoholiravi tiimide roll alkoholitarvitamise häirega patsientide raviteekonnal. Lühendid: ACT – alcohol care team, AAOT – alcohol assertive outreach team, IBA – identification and brief advice (skriinimine lühi-AUDITi ning vajadusel tervikliku AUDITiga ja struktureeritud lühinõustamine, A&E – erakorralise meditsiini osakond) (NHS 2019)

5. Väljatöö-põhised mudelid (outreach, assertive outreach, intensiivne juhtumikorraldus)

Sihtgrupiga töös on olulisel kohal väljatöö-põhised mudelid, mille tuumaks on kõrge tervisekahju riskiga inimeste proaktiivne tuvastamine ja teenustega sidumine väljaspool traditsioonilisi tervishoiu- või sotsiaaltöö asutusi. Peamiseks meetodiks on intensiivne kogukonnakeskne lähenemisviis, mis erinevates riikides kannab erinevaid nimetusi – näiteks Assertive Community Treatment (ACT) Põhja-Ameerikas ja mitmetes Euroopa riikides või Assertive Outreach (AO) ja intensiivne juhtumikorraldus Suurbritannias, sealhulgas Šotimaal.

Kuigi terminoloogia erineb, põhinevad need lähenemised sarnastel põhimõtetel. See mudel erineb oluliselt tavapärasest lähenemisest, kus teenusesaaja peab ise teenusepakkuja juurde pöörduma. Selle asemel osutavad eri valdkondade spetsialistid (psühhiaatrid, sotsiaaltöötajad, õed, kogemuspõhised toetajad) multidistsiplinaarse meeskonna koosseisus terviklikku ja pidevat tuge psüühikahäiretega inimestele nende omas keskkonnas, pakkudes aktiivset sekkumist, paindlikku tuge, kriisitööd ning abi igapäevaelu korraldamisel. Need meetodid võimaldavad luua kontakti ja usaldust raskesti ligipääsetavate sihtgruppidega, sealhulgas uimasteid tarvitavate inimestega, kes olemasolevaid traditsioonilisi teenuseid ei kasuta, vähendades hospitaliseerimise vajadust ja suurendades märkimisväärselt sekkumiste tulemuslikkust. Teadusuuringud on lähemalt kajastatud Lisas 2.

Praktilise näite väljatöö-põhise mudeli toimimisest pakkus intervjuu South Lanarkshire Reachout teenuse koordinaatoritega.

South Lanarkshire Reachout teenus loodi piirkonna kõrgele üledoosisurmade hulgale. Teenuse loomise ajendiks oli andmete analüüs, mis näitas, et paljud uimastite üledoosi surnud inimesed ei olnud ühegi teenusega seotud. Need inimesed olid kas teenustest välja langenud või kasutasid neid väga juhuslikult.

Teenuse kontseptsioon lähtub põhimõttest, et traditsioonilised teenused ootavad inimest enda juurde, kuid Reachout läheb ise inimeste juurde kogukonda. See lähenemisviis on osutunud märkimisväärselt tõhusamaks kaasatuse tagamisel, eriti nende seas, kes varem teenuseid ei kasutanud või olid neist eemaldunud.

Reachout teenus koosneb kolmest omavahel seotud komponendist, mis moodustavad tervikliku tugisüsteemi alates reageerimisest kriisisituasioonile kuni stabiilse seisundi ja taastumiseni:

- Kriisitiim reageerib kiirelt eluohtlike üledooside järel, lähtudes asjaolust, et inimesed on kõige avatumad abile kohe pärast kriisi. Intervjueeritud tõid esile, et juba 3-4 päeva möödudes normaliseerivad inimesed üledoosi kogemuse. Tiim töötab tihedas koostöös Šoti kiirabiteenistusega, pidades igapäevaseid kohtumisi kell 12:00, mis võimaldab reaalajas info saamist ja 24 tunni jooksul reageerimist.
- Juhtumikorralduse komponendis töötakse pikema perspektiivis inimestega, kes pole veel saavutanud stabiilsust. Siin ei ole kindlat lõppkuupäeva - töö jätkub seni, kuni vajadus eksisteerib. Põhiline on kahju vähendamise põhimõtete põhine lähenemine, kus luuakse inimesega kontakt ning lähtuvalt tema valmisolekust ja soovidest kujundatakse edasine tugi, olgu selleks siis kahjude minimeerimine või abi tarvitamise lõpetamisel.
- Kogemuspõhine tugi on mõeldud juba stabiilse seisundi saavutanud või uimastitarvitamise lõpetanud inimestele, kes soovivad liituda taastumiskogukonnaga. Kõigil selle komponendi töötajail on kogemusteadmine sõltuvushäiretest ja nad toetavad inimeste jõudmist endale sobivatele tugiteenustele, olgu see siis 12-sammuliste programmid, kogukonnategevused või füüsiline aktiivsus. Lisaks töötatakse 14 keskuses (ingl k *drop-in centres*) üle kogu South Lanarkshire'i, kus pakutakse 1-2 tunniseid konsultatsioone.

Töötajate osas on end õigustanud kogemusteadmise ja õpitud teadmiste kombineerimine meeskonnas. Kriisitöö nõuab kõrgemat kvalifikatsiooni ja väljaõpet, samas kui kogemuspõhine tugi toimib hästi just seetõttu, et töötajad teavad isiklikust kogemusest, millest nad räägivad, ning suudavad seeläbi teenusesaajatega usaldusliku kontakti luua.

Intervjueeritavad hindasid edukuse üheks võtmekomponendiks laiaulatuslikku partnerlusvõrgustikku, mille loomine nõudis märkimisväärset aega ja strateegilist lähenemist. Möödunud aasta seisuga oli loodud ja kasutusel 35 erinevat suunamisteekonda, alates politsei ja kiirabi suunamistest kuni enesesuunamiseni tasuta telefoninumbri kaudu.

Kirjeldati, et partnerite koostöö saavutamine nõudis erinevat lähenemist. NHS-iga kokkulepeteni jõudmine osutus kõige keerulisemaks õiguslike aspektide tõttu. Politseiga suhtlemisel osutus võtmeks neile selge väärtuspakkumise esile toomine: rõhutati, kuidas teenus aitab vähendada kutsetele reageerimise vajadust seoses inimestega, kellega muidu tuli tegeleda 3-4 korda kuus.

Eriti oluliseks peeti ohuolukorrale tugineva teabejagamissüsteemi (ingl k *objection reports*) sisseseadmist, mis võimaldab edastada teavet ka nende inimeste kohta, kes ise teenust ei soovi, kuid kelle puhul nähakse ohtu nende elule. Teenuse töötajad loovad temaga kontakti ja tal on võimalik teenusest keelduda, ent samas loob see siiski potentsiaali sekkumiseks. See toob esile, et süsteemi saab juurutada paindlikkust ja inimese elu väärtustavat lähenemist ka keerulistel juhtudel.

Teenust juhivad inimkesksuse ja kahju vähendamise põhimõtted, mis tähendab, et kainust ei eeldata teenusele pääsemiseks. Intervjueeritavad kirjeldasid seda radikaalselt erinevana traditsioonilistest teenustest, kus sageli oodatakse, et inimene tuleb siis, kui on "valmis lõpetama". *Reachout* lähtub inimese enda eesmärkidest ja seatakse väikeseid, saavutatavaid sihte.

Teenuse koordinaatorid tõid esile, et kesksel kohal on järjekindlus kontakti otsimisel. Kui tavapärased teenused võivad suunamise korral luua inimesega kontakti kahel, maksimaalselt kolmel korral, pakkudes vastuvõtule pöördumise võimalust. *Reachout*-teenust iseloomustab seevastu püsiva püüdlus kontakti saada, kuni inimene ütleb selgelt ära. Intervjueeritavad tõid näitena esile juhtumi, kus kontakt loodi alles 19. katsel. Teenusesaajate tagasiside on aga näitanud, et just see püsivus on inimesi veennud, et päriselt hoolitakse nende heaolust.

Juurdepääsetavus on samuti võtmetähtsusega. Teenus töötab nn laiendatud tundidel, toimides tööpäeviti 9st kuni 21ni ning nädalavahetustel 10st 18ni. Ka tasuta telefoninumber peetakse oluliseks detailiks, arvestades, et paljudel sihtgruppi kuuluvatel inimestel on kõnekaardiga telefonid, millel sageli puudub helistamiseks krediit.

Peamiste õppetundide ja soovitustena teenuse ellukutsumisest toodi esile järgmist:

- Vajaduste kaardistamine ja sihtgrupi lõikes olulisimate asukohtade tuvastamine. Seejärel on oluline saada õigete partnerite nõusolek ja kujundada suunamisteekonnad enne teenuse tegelikku käivitamist. Ligipääsetavuse tagamine - nii geograafiliselt kui ajaliselt - määrab suuresti teenuse edu.
- Esimesed 30 sekundit kontakti loomisel on kriitilise tähtsusega. Selle jooksul otsustab inimene, kas ta usaldab teenuse pakkujat või mitte. Kaudsem lähenemine - „saime

suunamise teie kohta, tulime vaatama, kuidas teil läheb" – töötab nende kogemuses palju paremini kui otsene teenuse pakkumine.
- Oluline on olla valmis vigu tegema ja neist õppima, kaasates seejuures teenust kasutavad inimesed selle arendamisse. Üks koordinaatoritest märkis kõnekalt: „Me ei tööta inimeste jaoks, vaid koos nendega."

6. Mudelid kinnipidamisasutustes viibijatele ja vabanejatele

Šotimaal saab lisaks vabadusekaotuslikule karistusele (ingl k *custodial sentence*) rakendada ka kogukonnas kantavat karistust (ingl k *community sentence*), millel on mitmeid vorme, sh ka alkoholi- ja uimastitarvitamise häirega õigusrikkujate jaoks:

- Ühiskondliku hüvitamise kohustus (ingl k *community payback order, CPO*), mis moodustatakse kuni 10 tüüpi tingimustest:
  - Kriminaalhooldus; ühiskondlikult kasulik töö; kahju rahaline hüvitamine, liikumis- ja elukohapiirangud jm käitumispiirangud;
  - Sotsiaal- või käitumuslikes programmides osalemine;
  - Ravi vaimse tervise probleemi, alkoholi- või uimastitarvitamise häire osas
- Uimastitarvitamise testimise ja ravi määramine (ingl k *drug testing and treatment order*, DTTO);
- Elektroonse valvega liikumisvabaduse piirang jm

Vabadusekaotuslikult karistuselt vabanemise järel võib samuti rakenduda tingimusi. (SSC, „Community sentences“, CJS, „Navigating…“)

Tugiteenusena on kasutusel järjepidev vabastamiseelne ja -järgne tugi (*throughcare*), mida on viimaste aastakümnete jooksul pakutud varieeruvates vormides, sh osutatakse teenust nii kohustuslikus korras (pikaajalise ehk üle 4 a vangistuse või seksuaalse iseloomuga õigusrikkumise korral) ja vabatahtlikus korras (lühiajalise vangistuse korral) (CJS 2023).

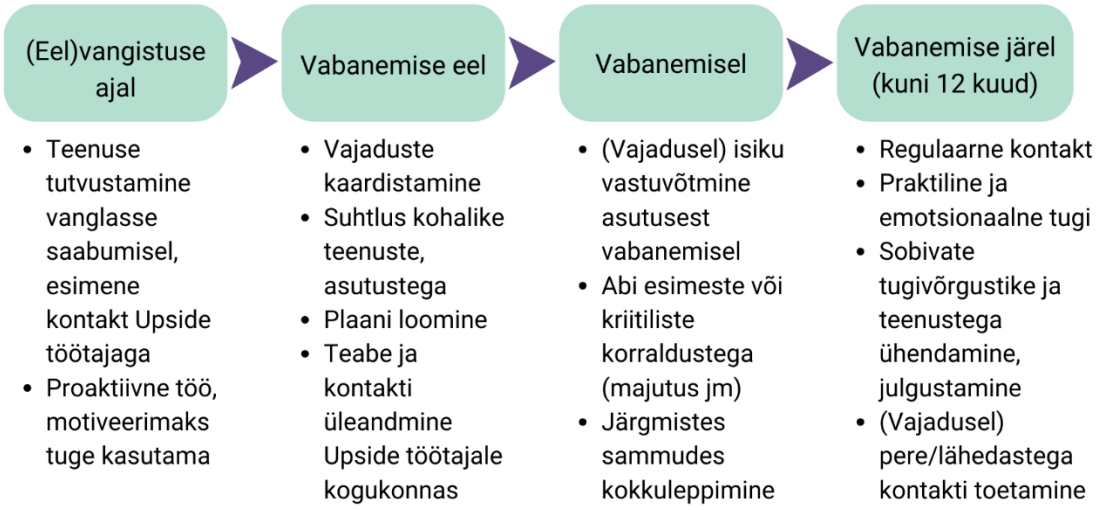
Alates 2025. aprillist käivitati riiklikult rahastatud vabatahtlikus korras pakutav teenus Upside:

- inimestele, kes vabanevad lühiajalisest vangistusest, arestist või eelvangistusest;
- eesmärk on pakkuda individuaalset ja traumateadlikku tuge (taas)integreerumisel kogukonda, toetatakse ka pereliikmete/lähedastega kontakti taastamist
- praktiline ja emotsionaalne mentorluspõhine tugi (sh eluaseme leidmine, tervishoid, finants- jm oskuste arendamine ja tööhõive).
- põhineb varasemate (eraldi naistele ja meestele pakutud ning ebaühtlase ligipääsetavusega [29]) teenuste ühendamisel vastavalt läbiviidud hindamistele ja uuringutele
- ühtne mudel üle riigi, mida viiakse ellu kohalike tiimide kaudu (õigusvaldkonna partnerlused, taastumisvõrgustikud, kohalikud teenused)

[29] Näiteks laienes teenus ka eeluurimisarestis olnud meestele, varasemalt oli tugiteenus aresti korral kättesaadav ainult naistele.

- teenusepakkumist viivad ellu 8 heategevusorganisatsiooni: Sacro (juhtpartner), Access to Industry, Action for Children, Apex Scotland, Barnardo's, Circle, Families Outside ja Turning Point Scotland (CJS 2025).

Mudeli alusel pakutava toe protsessi kirjeldab Joonis 23.



Joonis 23. Upside teenusemudeli alusel pakutav vabastamiseelne ja -järgne tugi

Vabastamiseelse ja -järgse toe pakkumine toetub uuringutele, mille peamistest tulemustest annab ülevaate Lisa 2 koondtabel. Uuringuraportid vabatahtliku tugi- ja mentorlusteenuse hankimise kohta annavad sisendit kolmest teenusest (New Routes, Shine, Moving On), mis ühendati Upside teenuse raames üleriiklikuks mudeliks (CJS 2023a, CJS 2024). Läbi on viidud ka vajaduste hindamine Šotimaa kinnipeetavate uimastitarvitamist ja laiema toevajaduse kohta (Perkins jt 2022) ning kolmest alauuringust koosnev alusuuring Upside ellukutsumise eel (CJS 2023b).

Teenuspakkujate võrgustiku loomiseks töötati välja läbipaistev hindamisraamistik sihiga tagada taotluste kvaliteetne, ühtlane ja objektiivne käsitlemine. Hindamises osales kaks paneeli: kogemuspõhise teadmisega inimesed, kel on otsene kogemus õigussüsteemiga ja erialaspetsialistid (teadmised töö kaudu), kes esindasid erinevaid sidusrühmi. Paneelid hindasid taotlejaid raamistiku alusel ja esitasid soovituse valitsuse esindajale, kes tegi lõpliku otsuse rahastuse saajate kohta. (CJS 2025)

Kokkuvõte ja järeldused

Läbivalt ilmnevad nii teaduskirjanduse analüüsis kui ka välisekspertidega läbiviidud intervjuudes põhimõtted, mida tuuakse esile keskse tähtsusega uimasteid tarvitavatele inimestele suunatud teenustevahelise koostöö korraldamisel:

- Selgelt juhitud ja eesmärgistatud koostöö, partnerluskokkulepped nii organisatsioonide vahel kui ka kokkulepped teenusepakkuja ja -saaja vahel
- Inimkesksed väärtused, traumateadlik praktika ja inimest kaasav raviprotsess
- Järjepidev töö stigma vähendamisega eri sihtgruppides (sh teenusepakkujate seas)
- Motiveeriva intervjueerimise ja (KKT-põhiste) lühisekkumiste rakendamine
- Proaktiivne ja väljatöö-põhine tegevus: teenusepakkujad teevad süsteemset, järjepidevat, pikaajalist ja intensiivset tööd inimesega kontakti saamiseks ja tema teenustega sidumiseks, sh teenuste pakkumine mobiilselt, inimese asukohas
- Kogemusteadmise (ingl k *lived experience*) rakendamine teenuste kujundamisel, kogemusnõustajate kaasamine teenuste pakkumisel (eriti väljatöös, teenustele jõudmise ja seal püsimise soodustajana, samuti süsteemis orienteerumiseks)
- eestvedajad uute mudelite ja praktikate juurutamisel.

Alauuringus ilmnes üheksa konkreetsemat teenuspakkumise mudelit või praktikat, mille tõendatuse koondhinnang vastab vähemalt kolmandale tasemele kohandatud TAI raamistiku alusel (raamistik kirjeldatud alapeatükis 1.4., mudeleid ja praktikaid käsitlevad uuringud on esitatud koondtabelites Lisas 2).

Kanada RAAM kliinikud pakuvad selge ja praktilise mudeli teenuste korraldamiseks, mis võimaldab hinnata olemasolevaid ressursse ja paindlikult luua neid arendades kohalike oludega sobituv teenuskorraldus.

Šotimaa ja Austraalia näidetest võib leida üldisemaid praktikaid, mis soodustavad muutuste ellukutsumist või valdkonnas partnerluse loomist.

Nii Šotimaa kui Austraalia puhul mängivad uimastitarvitajatele suunatud teenuste korraldamisel olulist rolli teenuspakkujate ja sidusrühmade partnerlusvõrgustikud. Kummaski riigis on vaimse tervise ja sotsiaalteenuste paremaks koordineerimiseks loodud piirkondlikud võrgustikud või nõukogud. Austraalias on selleks piirkondlikud tervisevõrgustikud, kes rahastavad ja koordineerivad (täiendavate) tervishoiuteenuste pakkumist, et täita lünki kohalikes tervishoiuteenustes, sealhulgas koordineeritakse ja rahastatakse uimastitarvitamise häirega inimestele suunatud teenuseid. Viimaste puhul on oluliseks partneriks ka spetsiifilisemad piirkondlikud alkoholi-, tubaka- ja teiste uimastitega seotud teenuspakkujaid koondavad nõukogud, kes seisavad ka teenusesaajate huvikaitse eest. Šotimaal on mõneti analoogse mudelina toimimas piirkondlikud Health and Social Care Partnership'id, mis koondavad teenuspakkujaid ja sidusrühmade esindajaid, peamise eesmärgiga koordineerida tervise- ja sotsiaalteenuseid. Uimastitarvitamisele suunatud teenuste korraldamisel tehakse tihedat koostööd vastava piirkondliku alkoholi-, uimasti- ja muude uimastite nõukogudega. Sarnasuste kõrval ilmneb Šoti ja Austraalia koostöövõrgustike puhul ka olulisi erinevusi nii võrgustike juriidilises vormis, rahastuses, sidusrühmade rollis ja kaasatuses jm aspektides, mida kajastab Tabel 8.

Tabel 8. Austraalia ja Šotimaa piirkondlike partnerlusvõrgustike võrdlus.

	Austraalia	Šotimaa
Nimetus	Tervisevõrgustikud ehk *Primary Health Network*'id (PHN)	Tervise- ja sotsiaalvaldkonna partnerlusvõrgustikud ehk *Health and Social Care Partnership*'id (HSCP); tihe koostöö alkoholi- ja uimastiteenuste partnerlusega (ADP)
Juriidiline vorm	Eraldiseisev mittetulunduslik organisatsioon	Koostöökorralduslik struktuur, 2 vormi: • NHS ja kohalik omavalitsus delegeerivad vastastikku ülesandeid; • Integratsioonikogu koostab strateegia ja juhib eelarvet (levinum)
Rahastus	Riiklik otserahastus	Peamiselt NHS koos kohaliku omavalitsusega, riiklik otserahastus puudub
Töötajad	Hulgaliselt täistööajaga töötajaid erinevates rollides	HSCP'del sageli täistööajaga väike tuumiktiim, ADP's harva; võtmerollides muude organisatsioonide esindajad konkreetsete vastutustega
Teenuse hankimine	Hangivad enamasti täiendavaid esmatasandi ja vaimse tervise teenuseid	HSCP'd planeerivad, korraldavad, rahastavad integreeritud tervise- ja sotsiaalvaldkonna teenuseid; ADP'd räägivad kaasa
Sidusrühmade roll ja kaasatus	Konsulteeriv; erinevad nõuandvad struktuurid (nt ekspert-, kliinilised nõukogud, klientide ja hooldajate nõukogud)	Sageli osalus otsuste langetamisel; sidusrühmad kuuluvad partnerlusse (nt omavalitsused, NHS nõukogud, politsei, vanglateenistus, kolmanda sektori organisatsioonid – sh tarvitajate ja nende lähedaste kaasatus)

Šotimaal rakendatakse valdkonna arendamist taastumisele suunatud teenuste süsteemi mudeli alusel. Tegu on koordineeritud teenuste võrgustikuga, mis aitab uimastitarvitamise häiretega inimestel saavutada pikaajalist toimetulekut. Süsteem kasutab isikukeskset, terviklikku lähenemisviisi, mis ühendab kliinilise ravi, kogemuspõhise toe ning eluaseme-, tööhõive- ja sotsiaalteenused. Mudel põhineb taastumiskapitali kontseptsioonil - inimese sotsiaalsetel, isiklikel ja kogukondlikel ressurssidel, mis toetavad pikaajalist toimetulekut. Keskne osa on taastumise tugiteenustel, mida osutatakse paralleelselt traditsioonilisele ravistruktuurile. Muutuste ellukutsumist soositakse riikliku valitsuse juurde loodud eestvedava rolliga (Recovery Champion), mida kannab sõltuvushäirete alase kompetentsiga spetsialist, kes juhib valdkonna arendust.

Spetsiifilisemaid sihtgruppe puudutavate teenuste vahelise koostöö soodustamiseks, ravile pöördumise ja seal püsimise soodustamiseks on Šotimaal kasutusel haiglate juures tegutsevad intensiivset kliendikeskset teenust pakkuvad alkoholiravi tiimid ning rakendatakse intensiivset juhtumikorraldust. Olemasolevate teenustega mitte (edukalt) kontaktis olevate riskirühmade teenustele suunamiseks kasutatakse väljatööl põhinevat proaktiivset kontaktivõttu ja teenustega sidumist. Õigusrikkujate toetamiseks on ellu kutsutud vabanemiseelse- ja järgse järjepideva toe mudel, mille raames tegeletakse laialdaselt ka uimastitarvitamisega seotud probleemide lahendamisega mentorluspõhise tugiteenuse raames.

Austraalias on hulgaliselt näiteid veebipõhistest triaaži või otsustusabi töövahenditest, mis aitavad sobivaid teenuseid või optimaalset teenustasandi leida nii abivajajal endal, tema lähedastel kui ka spetsialistidel.

5. Teiste riikide teenustemudelite Eesti oludesse sobivuse analüüs ja soovitused

Käesolevas peatükis antakse ülevaade kitsaskohtadest uimastitarvitajatele suunatud teenuste toimimise ja teenustevahelise koostöö korralduses Eestis ning esitatakse soovitused uimastitarvitajatele suunatud teenuste koostöömudelite ja praktikate tõhustamiseks. Peatükk hõlmab nii neljanda alauuringu tulemusi kui ka kõigi nelja alauuringu sünteesi, sealhulgas ettepanekuid ja praktilisi soovitusi ning näiteid võimalikest teenusesaajate teekondadest välisriikide mudelitest ja praktikatest kohaldatud lahenduste rakendamisel.

Esimeses osas kirjeldatakse peamisi probleeme ja nende juurde võimalikud lahendused nelja välismudeli põhjal. Teises osas tuuakse välja üldised soovitused, mis puudutavad sihtgrupile suunatud teenuste ning nendevaheliste koostöömudelite ja -praktikate kohandamist, rakendamist ning arendamist.

Kolmandas osas analüüsitakse uuringu raames põhjalikumalt käsitletud nelja mudelit või praktikat alljärgnevate kriteeriumite alusel:

- potentsiaal teenusepakkujate ja teiste osapoolte koostöö soodustamiseks;
- teostatavus, arvestades rakendamise keerukust, arendusmahukust ning nõudmisi olemasolevale süsteemile;
- potentsiaal teenustele ja ravile pöördumise soodustamiseks;
- potentsiaal raviteekonnal püsimise soodustamiseks.

Iga mudeli juurde esitatakse konkreetsed soovitused mudeli või praktika kohandamiseks ja rakendamiseks Eesti kontekstis.

5.1. Lühiülevaade probleemistikust ja lahendusideedest välisriikide põhjal

1. Uimastitarvitajatele suunatud teenuste kättesaadavus varieerub nii piirkondlikult kui ka keeleliselt, aga ka abivajaduse akuutsuse ja tarvitatavate ainete poolest.
    - ➢ Lahendust saaks pakkuda RAAM mudeli alusel loodud uimastiülesed kliinikud, mis seovad selgesse koostöökorraldusse kesksed kompetentsikeskused ja abivajajale lähemal asuvad kohaliku tasandi teenuspakkujad.
2. Uimastitarvitajatega kokku puutuvate spetsialistide seas on teadlikkus erinevatest abivõimalustest ja nende sisust ja enda rollist aitamisel vähene ja juhuslik ning sõltub isikust. Teadlikkus on suurem teenuseosutajate seas, kes keskenduvad oma tegevuses uimastitarvitajate sihtrühmale; vähem on abivõimalustega kursis need teenuseosutajad, kes ise otseselt vaid uimastitarvitajatega ei tegele, kuid kellel võib siiski olla tähtis osa märkamisel ja edasisuunamisel, näiteks KOVid, ohvriabi, kiirabi/EMO töötajad, perearstid jt. Muuhulgas seetõttu jõuavad uimastitarvitajad vajalike teenusteni tavaliste sotsiaal- või tervishoiuteenuste kaudu.

- Lahendust saaks pakkuda partnerlusvõrgustikud (mis hõlmaksid erinevaid osapooli, kes sihtgrupiga kokku puutuvad) ja otsustusabi tööriist, mis sisaldab ülevaatlikku andmebaasi teenuspakkujatest.

3. Spetsialistide seas tuntakse puudust ühtsest andmebaasist, mis koondaks kõik abivõimalused, nii teenusepakkujad kui ka info, mis teenuseid täpselt ühest või teisest kohast saab. Samuti ei ole ühtset käsitlust toetavat juhendmaterjali, mis avab eri spetsialistidele, kuidas saavad tegutseda.

    - Lahendust saaks pakkuda otsustusabi tööriist, mis sisaldab ülevaatlikku andmebaasi teenuspakkujatest; partnerlusvõrgustike ellukutsumise võimalik eesmärk saaks olla ka ühtse juhendmaterjali või raviteekonna loomisesse panustamine.

4. Oluline eeltingimus abini jõudmisel on tarvitamise häirega inimeste motivatsiooni, tahte olemasolu; sageli puudub tarvitajal ettekujutus teistsugusest, kainest elust või et keegi kuskil aidata saab ehk puudub sisuline teadlikkus abivõimalustest.

    - Lahendust saaks pakkuda väljatöö ja intensiivne kogukonnakeskne tugi, mis on nii RAAM mudeli kui ka laiemalt välisriikides kasutusel olevate mudelite ja praktikate levinud osad; s.o. proaktiivselt võimaliku ohustava tarvitamisega inimesega kontakti loomine; sh sageli sarnase kogemusega inimeste toel.

5. Ka spetsialistid tõid suurima barjäärina teenustele jõudmisel/püsimisel esile tarvitajate motivatsiooni puudumist, samas nähes väiksena enda võimalikku rolli või võimalusi tarvitaja motiveerimisel. Seega on eriti oluline, et abivõimalustega oleksid kursis ja oskaksid probleemi märkamisel inimesele tutvustada ja osalema motiveerida need spetsialistid, kellega tarvitaja tavapäraselt (mitte juba uimastitarvitajatele suunatud teenuste keskkonnas) kokku puutub – perearstid, eriarstid, vaimse tervise spetsialistid, sotsiaaltöötajad, sh laste heaolu spetsialistid, ohvriabi töötajad jt.

    - Lahendust saaks pakkuda partnerlusvõrgustikud (mis hõlmaksid erinevaid osapooli, kes sihtgrupiga kokku puutuvad) ja otsustusabi tööriist, mis sisaldab ülevaatlikku andmebaasi teenuspakkujatest; ka juhendmaterjali loomine, mis selgelt toob esile iga spetsialisti rolli ja võimalused sekkumiseks; olemasolevatest lahendustest ka MI laiem rakendamine.

6. Võrreldes välisriikide mudelite ja praktikate elementidega, kerkib esile, et Eestis tehakse vähe süsteemset proaktiivset nn väljatööd – tarvitajatega järjekindel kontakti loomine, mille eesmärk on kasvatada usaldust ja motivatsiooni elus muudatuste tegemiseks. See on üks põhjustest, miks abi võidakse pigem saada alles tarvitamise hilises faasis, kui on juba välja kujunenud tõsine uimastitarvitamise häire.

    - Lahendust saaks pakkuda väljatöö laiem rakendamine ja intensiivne kogukonnakeskne tugi, mis on nii RAAM mudeli kui ka laiemalt välisriikides kasutusel olevate mudelite ja praktikate levinud osa.

7. Erinevate teenuste pakkumisel on vajadus parema võrgustikutöö ja koostöö järele: nt järeltoe pakkumisel vanglast vabanenutele, vangla sõltuvusrehabilitatsiooniteenuse

pakkumisel meditsiinivaldkonnaga, sõltuvusravi ja -rehabilitatsiooni pakkujatel psühhiaatriakliinikutega jm.

- Lahendust saaks pakkuda partnerlusvõrgustikud (mis hõlmaksid erinevaid osapooli, kes sihtgrupiga kokku puutuvad) ja õigusrikkujate toetamiseks loodud vabastamiseelse ja -järgse toe mudel.

8. Teenustest saavad tarvitajad teada enamasti teistelt tarvitajatelt, kes võivad olla tervenemise teel ja vahel ka ise teenusepakkujatena töötavad (nt kogemusnõustajad, tugiisikud), kes oma positiivse kogemuse najalt saavad julgustada ja selgitada, aga ka teiste sihtgrupile suunatud teenuste (nt kahjude vähendamise keskuste) kaudu.

    - Lahendust saaks pakkuda kogemuspõhise teadmisega inimeste selge kaasamine – partnerlusvõrgustike kaudu arendustöösse ja organisatsioonidevahelisse infovälja; RAAMis väljatöö tegija, kliinikus vastuvõtja jt rollide peale; õigusrikkujate mudelis samuti teenuspakkujana; otsustusabi tööriista väljatöötamisel peaks ka sisendit ja tagasisidet küsima sihtgrupilt.

5.2. Üldised soovitused

Valdkonnas on juba olulisi tugevusi ja elemente, millele edasistes arendustes saab ja tasub toetuda – näiteks teavet koondavad veebilehed (nt Alkoinfo.ee, Narko.ee, terviseinfo.ee), olemasolevad arendussuunad (nt tervise- ja sotsiaalvaldkonna lõimimisel ning raviteekondade loomisel, TAI pakutavate tarvitamise varajase avastamise ja lühisekkumise täiendkoolitusprogrammide fookuse laiendamine alkoholispetsiifiliselt uimastiüleseks), väljatöö kogemused jpm. Samas ilmnesid uuringus kitsaskohad ja arenguvajadused, millele järgnevad soovitused on suunatud.

1. Puuduvate teenuste arendamine kui koostöömudelite eeltingimus

Soovitus**:** Koostöömudelite juurutamise eeldus on vajalike teenuste olemasolu ja kättesaadavus sõltumata tarvitatava(te)st uimasti(te)st, tarvitamise tasemest ja kaasnevatest terviseprobleemidest. Oluline on arendada ka väljatööd, kaugteenuseid ja veebipõhiseid tugiprogramme, mis suurema ligipääsetavuse, proaktiivse lähenemise või anonüümsuse abil langetavad abiotsimise barjääre.

Põhjendus ja täpsustus: Koostöömudelid ei saa kompenseerida puuduvaid teenuseid. Teenuste arendamise lüngad tuleb täita, et tagada terviklik teenuste spekter, mis on eelduseks toimivate koostöömudelite rakendamisel. Praeguste teenuste üldpildis ilmnevad lüngad eriti alkoholitarvitamise häirega inimestele ligipääsetava pikaajaline rehabilitatsiooni, narkootikumide tarvitajatele sobilike ambulatoorsete teenuste, retseptiravimite tervistkahjustava tarvitamise või mitme uimasti koostarvitamisega arvestavate teenuste ning komorbiidse psüühika- ja sõltuvushäirega inimeste vajadustele vastavad teenuste lõikes. Eelnimetatud on mõned näited ligipääsetavuse piirangutest ja teenusealastest lünkadest, mille pakkumise nappus või puudumine uuringu jooksul olulisel määral esile kerkis, kuid siin esile toodud nimekiri pole lõplik.

2. Uimastitarvitamise häire alaste teadmistega spetsialistide olemasolu kui koostöömudelite eeltingimus

Soovitus: Sarnaselt vajalike teenuste olemasolule, on koostöömudelite toimimise eeldus ka kvalifitseeritud teenusepakkujate piisav hulk. Selleks on vajalik tagada tervishoiu-, sotsiaal- ja justiitsvaldkonna spetsialistide juurdekasv, väljaõpe ja täiendkoolitused ning ennetada nende läbipõlemist.

Põhjendus: Koostöömudelid ei saa toimida ilma inimesteta, kes nende alusel teenuseid pakuvad. Vajalik on tagada piisaval hulgal tööjõudu, motiveeriv töötasu ning tugi täiendkoolituste, super- ja kovisioonide näol, et oleks võimalik pakkuda inimesekeskset ja tõhusat abi.

3. Tähelepanu pööramine alaealistele ja uimastitarvitamise ennetamisele

Soovitus: pöörata eraldi tähelepanu alaealistele suunatud ja neile sobilikele teenuste arendamisele ning tõenduspõhisele süsteemsele uimastiennetusele.

Põhjendus: Uimastite tarvitamine algab sageli teismeeas. Kuigi käesoleva uuringu fookuses on täisealistele suunatud teenuste toimimine ja koostöö, ilmnes siingi alaealistele suunatud teenuste puudus ja vähene ennetustöö. Uimastitarvitamise häire ennetus ja varajane sekkumine on kulutõhusam kui häire ravi.

4. Uimastiülese tarvitamishäire raviteekonna loomine ja juhendmaterjalide levitamine

Soovitus: Arendada ühtne käsitlus ja raviteekond tarvitamisest põhjustatud psüühikahäiretele, mis hõlmab kõiki uimasteid, mitte vaid alkoholi või narkootikume eraldiseisvalt. Tagada, et tervishoiu-, sotsiaal- ja justiitssüsteemi töötajatel oleks ühtne arusaam ja juhendmaterjalid, millest abivajaja märkamisel ja toetamisel lähtuda, hõlmates üldiseid põhimõtteid, ainespetsiifilisi erisusi ja mitme uimasti koostarvitamist puudutavaid täpsustusi. Teha teavitustööd, soodustamaks juhendmaterjalide jõudmist kõigi sihtgrupiga kokkupuutuvate spetsialistide ja osapoolteni.

Põhjendus: Praegusel hetkel puudub uimastiülene ravikäsitlus ja uimastite tarvitamisest põhjustatud häirete raviteekond. Olemas on küll alkoholitarvitamise häirega patsientide ravijuhend ja selle lisamaterjalid patsiendile ja lähedasele, kuid teadlikkus nende olemasolust on madal. Teisi uimasteid tarvitavate inimeste jaoks vastavad materjalid puuduvad. Seeläbi puudub tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna töötajatel ühtne metoodiline baas erinevate tarvitamishäiretega inimeste toetamiseks ning ressursse kulutatakse ebatõhusalt paralleelsete süsteemide arendamisele. Teenuste kvaliteet ja kättesaadavus varieerub uimastispetsiifiliselt. Ka spetsialistide väljaõpe on ebaühtlane, mis mõjutab nende valmisolekut erinevate tarvitamisest tingitud probleemidega tegelemisel. Ühtne, uimastiülene raviteekond ja juhendmaterjalid võimaldaksid standardiseerida abi kvaliteeti, lihtsustada spetsialistide tööd ning tagada, et sõltumata probleemi iseloomust saaks igaüks tõenduspõhist abi. Samuti annaks see terviklikuma aluse täiendkoolitusteks ja tõhustaks ressursside kasutamist.

5. Teenusepakkujate teadlikkuse tõstmine olemasolevate teenuste kohta

Soovitus: Teenusepakkujad (sh nii need, kes pakuvad uimastitarvitamise häire alaseid teenuseid, kui ka need, kes oma töö raames tarvitajate sihtgrupiga kokku puutuvad) peavad olema teadlikud erinevatest teenustest, nende sisust ja sihtgrupist ning teenusele pöördumise praktilistest aspektidest. Selleks on vajalik luua ühtne, mugavalt kasutatav, ajakohasena hoitav ja uimastiülene teenuste andmebaas ning süsteemis navigeerimise/otsustusabi töövahend; samuti tagada süsteemne ja teaduspõhine lähenemine teavitustegevustele, koolitustele ja infomaterjalide ajakohastamisele.

Põhjendus: Teenusepakkujate piisav teadlikkus olemasolevate teenuste kohta on kriitilise tähtsusega tugisüsteemi toimimisel. Kui spetsialistid ei ole kursis teenuste spektri, sisu või praktiliste juurdepääsuvõimalustega, jäävad abivajajad sageli õigeaegse või sobiva abita. Ühtne digitaalne platvorm, mis koondaks kõik teenused sõltumata uimasti liigist (alkohol, narkootikumid, ravimid) ning võimaldaks kiirelt leida sobivad teenused konkreetse kliendi vajadustest lähtuvalt, aitaks oluliselt vähendada asjakohaste teenuste leidmise keerukust ja ajakulu. Selline tööriist peaks sisaldama ajakohast infot teenuste kättesaadavuse, tingimuste ja kontaktide kohta ning pakkuma otsustusabi kliendi vajaduste hindamisel. Terviklik ülevaade teenustest võimaldab teha asjakohaseid suunamisi, kaasata vajalikke spetsialiste ning tagada teenuste järjepidevus. Teadlikkuse puudumine ja killustatud infosüsteemid on oluline takistus teenuste integreerimisel ning üks teguritest, miks abivajajad “kaovad" süsteemist teenuste vahel liikumisel.

6. Uimasteid tarvitavate inimeste ja nende lähedaste teadlikkuse tõstmine abivõimalustest

Soovitus: Oluline on ka uimasteid tarvitavate inimeste ja nende lähedaste seas tõsta teadlikkust olemasolevatest teenustest. Eelnevas punktis kirjeldatud ülevaatlik andmebaas ja süsteemis navigeerimise töövahend peaksid sisaldama eraldi vaateid ja funktsionaalsusi spetsialistidele, uimasteid tarvitavatele inimestele kui ka nende lähedastele. Ühtne digitaalne platvorm, mis koondaks kõik teenused sõltumata uimasti liigist (alkohol, narkootikumid, ravimid) ning võimaldaks kiirelt leida sobivad teenused vajadustest lähtuvalt, aitaks oluliselt vähendada asjakohase teenuste leidmise keerukust ja ajakulu. Abivõimaluste info kättesaadavuse parandamise kõrval tuleb jätkata ka teavitustegevustega erinevates kanalites ja sihtgruppidele.

Põhjendus: Praegusel hetkel on teave erinevate teenuste kohta killustunud, sh jaotunud eraldi lehtedele alkoholi ja narkootikumide kohta; tahtmatu barjäärina võib mõjuda ka veebilehe nimi. Info ei pruugi olla aja- või asjakohane ega vastata sihtgruppide vajadustele ligipääsetavuse, selguse või info praktilisuse osas. Soosimaks teenustele pöördumist, on uimasteid tarvitavatel inimestel ja ka lähedastel oluline teada, et on olemas erinevaid abivõimalusi, ning saada ühest kohast praktilist ja lihtsas keelekasutuses teavet teenuste sisu ja pöördumise kohta. Oluline on teavitustegevuste toel võimaldada näha perspektiive sõltuvushäirest vabanemise võimalikkusest ja võimalustest, kuivõrd uimasteid tarvitavate inimeste lootus muutuse võimalikkuse osas võib olla napp või olematu. Tulenevalt inimese kasvukeskkonnast ja kogemustest võib puududa ka kogemus või ettekujutus sellest, milline on elu ilma uimastiteta või kuidas selleni jõuda; samuti võib uimastite (eriti näiteks alkoholi

või kanepi) tarvitamine olla niivõrd normaliseeritud, et tervist ohustavat või kahjustavat tarvitamist ei tajuta probleemina.

7. Teenusesaajate, nende lähedaste ja esindusorganisatsioonide süsteemne kaasamine

Soovitus: Teenuste disainimisel, arendamisel ja hindamisel tuleks süsteemselt kaasata teenusesaajate, nende lähedaste ja esindusorganisatsioonide kogemusteadmist. Teenuste kujundamisel pidada silmas ka tarvitaja lähedastele toe ja abi pakkumist ning nende võimalikku positiivset või negatiivset mõju paranemisprotsessile.

Põhjendus: Teenusesaajate ja nende lähedaste kaasamine aitab tuvastada puudusi, mis spetsialistidele võivad jääda märkamatuks. Uimastitarvitajate lähedaste kaasamine teenuste disaini on kasulik, kuna neil on unikaalne vaatenurk tarvitaja igapäevaelu kohta ning nad moodustavad esmase tugivõrgustiku, mis oluliselt mõjutab ravitulemusi. Lisaks mõjutab uimastite tarvitamine mitte ainult inimest, kes tarvitab, vaid ka tema lähedasi. Ka lähedased võivad tarvitada uimasteid tervistkahjustaval moel, samuti võidakse tahtmatult kaasa aidata ka uimastite tarvitamise alal hoidmisele. Seetõttu on vajalik terviklik lähenemine, mis arvestab ka lähedastele toe pakkumisega. Teenusesaajate vaatenurga kaasamine võimaldab vältida ebasobivate teenuste loomist ja ressursside ebaefektiivset kasutamist, tagades teenuste vastavuse tegelikele vajadustele.

8. Kvaliteedipõhise hankeprotsessi juurutamine koostööpartnerite valikul

Soovitus: Uimastitarvitajatele suunatud teenuste arendamisel tuleks hoiduda madalaima hinna esikohale seadmisest hankeprotsessides. Selle asemel tuleks kasutada kvalifikatsiooni- ja kogemuspõhist hindamist, mis võtab arvesse organisatsioonide varasemat kogemust ja tõendatud tulemusi sihtgrupiga töötamisel.

Põhjendus: Praegu laialdaselt rakendatud hankepõhine lähenemine, mis seab esikohale madalaima hinna, ei sobi komplekssete sotsiaal- ja tervishoiuteenuste osutamiseks. Kvaliteedipõhine valik aitab tagada, et teenust pakuvad pädevad organisatsioonid, mis omakorda tõstab teenuse toimivust ja jätkusuutlikkust.

9. Järjepidevuse tagamine teenuste pakkumisel

Soovitus: Uimastitarvitajatele suunatud teenuste pakkumine ei tohiks toimuda lühiajaliste projektide alusel. Vajalik on tagada teenuste järjepidevus läbi pikemate rahastusperioodide ning üleminekuperioodide sujuva korralduse. Juhul, kui seoses teenuse rahastuse või muude teguritega muutub teenuse nimetus, tuleb eraldi tähelepanu pöörata kommunikatsioonile ning hoida alles selge seos varasema teenusega, vältimaks väära tunnetuse teket, et antud teenust enam ei pakuta.

Põhjendus: Lühiajalised projektipõhised lahendused ei arvesta sõltuvushäirete pikaajalise iseloomuga ning suurendavad riski, et kliendid kaovad raviteekonnalt teenuste katkemisel või teenusepakkuja vahetumisel. Pikaajaline järjepidevus võimaldab säilitada loodud usalduslikke suhteid ning tagada, et alustatud sekkumised viiakse lõpule ka teenusepakkujate vahetumisel, mis on kriitilise tähtsusega positiivse ravitulemuse saavutamisel. Teenuse nimetuse muutumine selge kommunikatsioonita võib toimida olulise barjäärina nii esmasele

kui ka jätkupöördumisele, mistõttu on sihtgrupi teavitamine teenuse sisulisest jätkumisest vaatamata nimemuutusele väga oluline.

10. Teenusepakkujate stigmatiseerivate ja jäikade hoiakute vähendamine

Soovitus: Rakendada tuleks süsteemseid sekkumisi ja koolitusprogramme teenusepakkujate seas levinud stigmatiseerivate hoiakute vähendamiseks uimastitarvitajate suhtes. Eraldi tähelepanu tuleb pöörata sellele, et teenuspakkujad oleksid teadlikud tagasilanguste ootuspärasusest ja nendega toimetulekust; samuti inimesekeskse lähenemise ja kahjude vähendamise printsiipide kasust sihtgrupi abistamisel.

Põhjendus: Teenusepakkujate negatiivsed hoiakud võivad oluliselt takistada kvaliteetse abi osutamist. Stigmatiseerivad hoiakud uimasteid tarvitavate inimeste suhtes on levinud nii ühiskonnas laiemalt kui ka teenuspakkujate hulgas. Negatiivsed hoiakud võivad põhjustada teenusest keeldumist või raviteekonna katkestamist, madalamat teenusekvaliteeti ning soodustada sihtgrupi eemalejäämist abist. Tagasilangused on sõltuvushäirest taastumise teekonnal levinud ja toovad sageli kaasa läbikukkumis- ja häbitunde, mis toimib barjäärina teenustele naasmisel. Seetõttu on oluline spetsialistide mittehinnanguline ja toetav hoiak, mis ei võimendaks teenusesaaja negatiivseid tundeid.

11. Väljatöö ja *assertive outreach* meetodi süsteemne rakendamine

Soovitus: Laiemalt tuleks rakendada väljatööd (st teenuste pakkumist teenusesaaja keskkonnas, väljaspool tervishoiu- või sotsiaaltöö asutust) ning juurutada intensiivse kliendikeskse kogukonnatoe (ingl k *assertive outreach*) meetodi rakendamist, mis võimaldab jõuda abivajajateni, kes olemasolevaid traditsioonilisi sotsiaal- ja/või tervishoiu teenuseid (nt perearst, KOVi sotsiaaltöötaja või muu sotsiaalabi, Töötukassa teenused) ei kasuta. Rolliselguse ja tööjõu optimaalse rakendamise vaates on kasulik muuhulgas rakendada antud rolli vastava väljaõppe saanud tugiisikuid, kogemusnõustajaid jt, kes oleksid osa multidistsiplinaarsest meeskonnast või teeksid koostööd multidistsiplinaarse meeskonnaga.

Põhjendus: Traditsiooniline lähenemine eeldab, et teenusesaaja peab ise kuhugi minema, aga väljatöö ja intensiivse kliendikeskse kogukonna toe puhul lähevad teenuspakkujad ise teenusesaaja juurde. Antud meetodid on rahvusvaheliselt tõendatud efektiivsusega raskesti ligipääsetavate sihtgruppide, sh uimasteid tarvitavate inimeste kaasamisel, ning on uuringus vaadeldud välisriikide mudelites ja teemakohases teaduskirjanduses oluline element. Kõrge tervisekahju riskiga inimestele suunatud väljatööl ja proaktiivsel pöördumisel põhinev lähenemine võimaldab luua kontakti ja usaldust inimestega, kes muidu jääksid abisüsteemi haardeulatusest välja, suurendades sekkumiste tulemuslikkust. Eestis on vaja olulist mõtteviisi ja väärtusruumi muutust, kuna praegu nähakse abivajajani jõudmist ainult abivajaja enda kohustusena ning paljudele spetsialistidele võib olla võõras lähenemine, et teenuspakkuja loob ja hoiab proaktiivselt kontakti teenuse sihtrühmaga. Kuigi kahjude vähendamise keskustes (sh mobiilsetes kahjude vähendamise bussides) sellist tööd juba tehakse, võib nende ligipääsetavust mõjutada nn süstlavahetuspunkti kuvand. Seeläbi ei pruugi inimesed olla teadlikud ka keskuste teistest pakutavatest teenustest (nt kogemus- või sotsiaalnõustamine) või sellest, et ka nt mittesüstiva tarvitamisega ja/või muid uimasteid tarvitavad inimesed (või nende lähedased) võivad pöörduda, mistõttu ei nähta seda

abivõimalusena. Samuti võivad kõrvale jääda inimesed, kes ei taju enda seisundit nii tõsisena, kuna nn süstlavahetuspunkti kuvandiga kaasneb oluline stigma.

12. Traumateadliku lähenemise rakendamine kõikides teenustes

Soovitus: Traumateadlik lähenemine peaks olema integreeritud kõikidesse uimastitarvitajatele suunatud teenustesse, arvestades nii teenusesaajate kui ka -pakkujate võimalikke kokkupuuteid traumaatiliste sündmustega.

Põhjendus: Traumakogemused on üks olulisi riskitegureid uimastitarvitamise alustamisel ja sõltuvushäire kujunemisel. Uimasteid kasutatakse sageli traumaatiliste kogemustega seotud sümptomite leevendamiseks. Uimastite tarvitamine võib omakorda suurendada riski sattuda õnnetustesse, väärkohtlemise või vägivalla ohvriks. Traumateadlik lähenemine aitab arvestada teenusesaajate võimalikku traumatausta ja selle mõjusid inimese käitumisele ning kohandada suhtlusstiili, mis võib parandada valmidust teenustel püsimiseks. Traumateadlik lähenemine toetab ka teenusepakkujaid, kelle töö on emotsionaalselt nõudlik ning võib tuua kaasa otseselt või vahendatult kogetud traumaatilisi olukordi (konfliktsituatsioonid segadusseisundis või deliiriumis teenusesaajatega, nõustamissituatsioonis kuuldud lood väärkohtlemisest vms).

13. Kogemusteadmisega toetajate rolli tugevdamine ja arendamine

Soovitus: Tuleks suurendada kogemusnõustajate ja isikliku kogemusega tugiisikute rolli teenuste osutamisel, tagades samal ajal nende väljaõppe kvaliteedi, järjepideva toetamise ja selge koostöömudeli professionaalsete teenusepakkujatega.

Põhjendus: Kogemusteadmisega toetajatel on ainulaadne positsioon luua usaldusväärset kontakti sihtgrupiga, mis soodustab abisüsteemi jõudmist. Nad saavad vähendada spetsialistide koormust, kuid vajavad oma haavatavusest tingituna selget rolli, piisavat tuge ja järjepidevat ning asjatundlikku super- ja kovisiooni.

14. Muutuste eestvedajate rolli teadvustamine, tähtsustamine ja toetamine

Soovitus: Organisatsioonides tuleks identifitseerida ja toetada motiveeritud ja valdkondliku kompetentsiga eestvedajaid, kes aitavad juurutada uusi lähenemisviise ja praktikaid.

Põhjendus: Muutuste eestvedajad (ingl k *clinical champions*) mängivad võtmerolli organisatsiooniliste muutuste juhtimisel. Nad modelleerivad soovitud käitumist, juhendavad kolleege ning mõjutavad organisatsioonikultuuri positiivsete väärtuste ja hoiakutega, mis on eriti oluline töös stigmatiseeritud sihtgruppidega.

5.3. Hinnangud välisriikide mudelitele/praktikatele ning neid puudutavad ettepanekud ja soovitused

Rapid Access Addiction Medicine (RAAM) kliinikud

RAAM kliinik on teenuspakkujate koostöömudel Kanadas, mille keskmes on nn madala lävepakuga kliinik, mis toimib sillana EMOde, esmatasandi arstiabi, spetsialiseeritud sõltuvusraviteenuste ja kogukonnatasandi teenuste vahel. Kanadas alustati piloodina 2015. a, tänaseks ollakse laienenud üle Ontario provintsi (üle 80 kliiniku). Mudel hõlmab ka kaugvastuvõttude võimalust ja väljatööd. Kliinikute sihtgrupp ei ole uimastispetsiifiline; enim teadusuuringuid on opiodi- ja alkoholitarvitamise häire kohta; praeguseks tugevaim tõenduspõhisus ravile pöördumise soodustamisel ja erakorralise meditsiini osakondasse pöördumise vähendamisel.

Mudel: RAAM kliinikud (Kanada)	
Kriteerium	**Tase kriteeriumi lõikes ja põhjendus**
Koostöö soodustamine	Kõrge. Pakub selge struktuuri, juhendmaterjalid ja olulise uue võimaluse sõltuvusspetsialistide, erakorralise meditsiini osakondade, perearstikeskuste, kogemusnõustajate jt osapoolte vahelise koostöö soodustamiseks
Teostatavus	Madal või keskmine. Eeldab olulist ja pikaajalist arendustööd ning täiendavaid ressursse. Olemas on mitmeid vajalikke elemente, ent mudel nõuab olulisi ressursse tervishoiusüsteemilt, mis on praegusel hetkel keerukas seisus. Samas räägib mudeli paindlikkuse ja kohaldatavuse kasuks selle kiire ja laialdane kasutuselevõtt üle Ontario
Pöördumise soodustamine	Kõrge. Mudel on loodud pöördumise barjääride langetamise eesmärgil, pakkudes kiiret esmavastuvõttu (sh elavas järjekorras pöördumist) ja ravi alustamise võimalust. Rakendatakse väljatööd ja kogemusteadmisega toetajaid (sh kliiniku ooteruumis esmase vastuvõtjana), mis soodustavad pöördumist
Teenusel püsimise soodustamine	Kõrge. Mudeli osaks on kiire esmavastuvõtt ja triaaž sobiva intensiivsusega teenuste tasandile, sagedasi jätkukohtumisi seisundi stabiliseerimiseni kuni 6 kuu jooksul. Patsiendi liikumisel tagasi esmatasandile saab perearst konsulteerida kliinikuga. Pakutakse kaugvastuvõtu võimalust, hajaasustusega piirkondades väljatöö tegijad võivad vajadusel võimaldada teenusesaajatele ka transporti
Olulised aspektid fookusgruppide põhjal	
Tugevused ja võimalused	+ Nähakse tervikliku ideaalmudelina, mille poole püüelda; + Nn madal lävepakk – sh elavas järjekorras pöördumise võimalus soodustab kõrgema motivatsiooni ajaakna kasutamist muutuseks, kiire esmavastuvõtt sihtgrupi eripärade mõttes väga oluline; + Võimaldab kaugvastuvõtte;

	+ Võimaldaks aidata abini ka näiteks nooremat sihtgruppi, kes praegu teenustele jõuab harvem; + Selge süsteemi sisenemise koht; + Võimaldab edasist teekonda kujundada; + Pakub struktuuri kompetentsikeskuse ja kodulähedasema teenusepakkuja koostööks
Nõrkused ja ohud	– Vajalik oluline meditsiinispetsialistide ressurss (sh psühhiaatria, muude vaimse tervise spetsialistide, erakorralise meditsiini osas); – Mudel võib olla meditsiinisüsteemi poole kaldu; – Tajutakse ohtu, et paljude osapoolte korral võib inimene siiski ära kaduda; vajalik tugev juhtumikorralduslik lähenemine; – Palju sõltub konkreetsetest ellukutsujatest, sama koostöömudel ei pruugi eri kohtades sama hästi toimida; – Rahastusmudeli kujundamise keerukus
Muud märkused ja soovitused	➢ Eeldab selgelt väljatöötatud ravikäsitlust ja –teekondi; ➢ Oluline tagada, et uksest sisse astumine ei stigmatiseeri; vajalik sh kliiniku asukoha ja nime hea läbimõeldus (eriti kriitiline väiksemates kohtades); ➢ Võimalik koostöökoht ka haiglate siseosakondadega, kust saaks suunata kliinikusse patsiente, kel ilmnevad tervistkahjustava uimastitarvitamise sümptomid; ➢ Võimalik koostöökoht ka õigussüsteemiga; saaks soodustada kiiret pöördumist pärast vabanemist (ka juhul, kui ravikohustust ei ole kohtulikult määratud); ➢ Esmane ja kiire kontakt (sh kliinikus kohapeal) on võtmetähtsusega; ➢ Ellukutsumisel saaks teha koostööd ka kohalike omavalitsustega (sh rahastuse osas), kuivõrd võiks neile olulist kasu tuua; ➢ Arendustööde käigus tuleks mõelda, kas ja kuidas sobituks antud mudeli alusel teenus ka alaealiste sihtgrupile

Ettepanek**:** Käivitada RAAM kliiniku mudelil põhinev pilootprojekt valitud piirkonnas, kus on olemas vajalik spetsialistide baas ja kohalike omavalitsuste toetus. Eduka pilootprojekti põhjal mudelit laiendada teistesse piirkondadesse, kohandades kohalike oludega ja õppides esmastest kogemustest.

Põhjendus**:** Mudel pakub terviklikku lähenemist "madala lävepaku" printsiibil – elavas järjekorras pöördumine ja kiire esmavastuvõtt vastavad otseselt sihtgrupi vajadustele, soosides pöördumist ja teenuspakkujate koostööd. Selge süsteemi sisenemispunkt lahendab praeguse killustatud teenuste probleeme ning Kanada kogemus kinnitab mudeli tõhusust ja paindlikkust.

Silmas tasub pidada (lisaks alapeatükis 5.1 toodud üldistele soovitustele):

1. Pilootpiirkonna valimine – alustada piirkonnas, kus on enim eeldusi ja olemaolevaid elemente mudeli rakendamiseks (nt sõltuvushäire kompetentsiga psühhiaatrid, kogemused väljatööga, esmatasandi tervisekeskus, kohaliku omavalitsuse toetus jm).

2. Ressursside ülesehitamine – töötada läbi ja kohandada juhendmaterjalid, alustada olemasolevate spetsialistide koostöö kujundamisega selgeks kohalikuks ja/või piirkondlikuks raviteekonnaks, koolitada kogemusnõustajaid jm (nii toetavates ja spetsialisti rollides panustavat) tööjõudu, arendada kaugvastuvõtu võimalusi.
3. Koostöövõrgustiku loomine – formaliseerida koostöö haiglate, õigussüsteemi, erakorralise meditsiini osakondade, kohalike omavalitsuste jt osapooltega.
4. Stigmatiseerimise vältimine – läbimõeldud asukoht ja integreerimine muude tervishoiu teenustega (sh ühine asukoht).

Õigusrikkujate tugi vabastamiseelse ja -järgse teenusena (*throughcare*)

Šotimaal alustati 2025. aprillist riiklikult rahastatud vabatahtliku teenusega "Upside", mis pakub traumateadlikku individuaalset tuge lühiajalisest vangistusest, arestist või eelvangistusest vabanevatele inimestele. Teenust osutatakse *throughcare* lähenemise kaudu, mis seisneb järjepidevas vabastamiseelses ja -järgses toes. Teenus põhineb varasemate eraldiseisvate teenuste (naised/mehed, eri vanuseastmed) ühendamisel ühtseks üleriigiliseks mudeliks, pakkudes praktilist mentorluspõhist ja emotsionaalset tuge kuni 12 kuud peale vabanemist. Elluviimine toimub kohalike tiimide kaudu (kaheksa pikaajalise kogemusega heategevuslikku organisatsiooni, neist üks juhtpartner) koostöös õigusvaldkonna partnerluste ja kogukondlike teenustega, toetades vastavalt teenusesaaja vajadusele näiteks eluaseme leidmist, sobivatele tervishoiuteenustele jõudmist, oskuste arendamist ja tööhõivet.

Mudel: õigusrikkujate tugi *throughcare* mudeli alusel, “Upside” teenuse näitel	
Kriteerium	Tase kriteeriumi lõikes ja põhjendus
Koostöö soodustamine	Kõrge. Mudel pakub raamistiku eri organisatsioonide koostööks ühe juhtpartneri koordineerimisel. Mudeli osaks on konkreetsed koostöökokkulepped ning iga teenusesaaja puhul luuakse selged teekonnad ja kokkulepped eri osapoolte kaasamiseks
Teostatavus	Keskmine. Eestis on sarnase teenusega (tugiisikute rakendamisega vanglast vabanenutele toe pakkumisel) pigem edukad või mõõdukalt edukad kogemused. Eeldab kvalifitseeritud teenuspakkujaid ja hästi toimivaid organisatsioone, mis hõlmavad nii kogemusteadmise kui ka erialaselt õpitud kompetentsidega inimesi (*lived and learned experience*). Mudeli rakendamine nõuab mõningaid struktuurimuudatusi, täiendavaid rahalisi ja tööjõuressursse ning eeldab personali täiendkoolitust koostöömudeli rakendamiseks
Pöördumise soodustamine	Kõrge. Teenus tehakse kättesaadavaks juba kinnipidamisasutuses, kus luuakse esmane kontakt teenusesaajaga. Teenusele pöördumise barjäär on väga madal. Teenus ei ole kohustuslik, vaid toetub inimese sisemise motivatsiooni kasvatamisele ja rakendamisele. Šotimaal mudeli eelkäijate puhul oli suur enamus neist, kellele teenust pakuti, valmis seda ka alustama (uue mudeli rakendumine liiga värske, et oleks sellekohaseid andmeid)
Teenusel püsimise soodustamine	Kõrge või keskmine. Mudel sisaldab struktureeritud mentorluspõhist tuge, mille planeerimine algab juba kinnipidamisasutuses. Tugiteenuse töötaja võib vajadusel inimesega kohtuda vahetult

	pärast vabanemist ning aidata praktiliselt kriitilisemate asjaajamistega. Mudel võimaldab personaliseeritud lähenemist vastavalt teenusesaaja muutuvatele vajadustele üleminekuperioodil. Samas sõltub teenustel püsimine vabanemise järgselt ka teistest süsteemidest ja teguritest, sh lähedaste tugi, elu- ja töökoht, muude abiallikate (nt psühhiaatriline abi) kättesaadavus. Kuigi mudeli eesmärgiks on toetada inimest nt elu- ja töökoha leidmisel, lähedastega suhete taastamisel, ei pruugi see olla teiste abiallikate ja -süsteemide nappusel piisav teenusel püsimise kitsaskohtade terviklikuks lahendamiseks.
Olulised aspektid fookusgruppide põhjal	
Tugevused ja võimalused	+ Nähakse selget vajadus sedalaadi lähenemise järele; sarnase kogemusega inimeste kaasamine on sihtgrupiga kontakti ja usalduse loomisel väga oluline; + Elemendid toimival kujul juba olemas (nt tugiisikuga kokkuviimine enne vabanemist); + Kontakt (eel)vangistuse alguses annab olulise lisaperspektiivi - inimene on siis avatum muutustele; + Kogemus sarnase teenuse pakkumisel olemas; koordineeriva juhtpartneri mõte sümpaatne; + Võimaldaks ühildada tavapärast tugiteenust ja sõltuvusspetsiifilist tuge; + 12 kuud on sobilik ajaraam; traumateadlikkus väga oluline; + Sarnase kogemusega inimesega tugevam, ausam kontakt kui vangla- või kriminaalhooldusametnikuga;
Nõrkused ja ohud	– Mudel ise ei aita kedagi, kui rohkem tööjõudu/spetsialiste/osapooli süsteemi juurde ei tooda; – Väga oluline teenuspakkujate valik; nende valik ei saa toimuda hankepõhiselt ainult odavama hinna järgi; – Kvaliteedi ja kvalifikatsiooni tagamine riskikoht; mured kogukonnaühenduste võimekusega ja nn peavoolu teenuspakkujate, õigusinstitutsioonide või teiste osapoolte skepsisega kogukonnaorganisatsioonide tegevuse suhtes; – Võrgustikutöö keerukus ja olulisus vägivallaohvrite vaates, sh vägivallatseja naasmisel varasemasse keskkonda
Muud märkused ja soovitused	➢ Tervishoiusüsteemiga jagatud dokumentatsiooni saavutamine väga oluline; ➢ Rollide ja kohustuste selge jagamine; vajalik piiritleda suhestumine kohustuslike teenuspakkumise vormidega; ➢ Töö peab toimuma katkestusteta; järk-järgulisel vabanemisel (nt kinnisest vanglast avavanglasse liikumisel) ei tohi kontakt ja tugi kaduda; ➢ Selle kõrval peab olema teenuseid ka mitterikkujatele, et abi ei muutuks kättesaadavaks alles õigusrikkumise tulemusena; ➢ Programmide/teenuspakkujate vahetumisel ei tohiks katkeda olemasolevad kontaktid; üleminekuperioodide loomine

Ettepanek: Šotimaa mudeli alusel välja töötada järjepidev tugisüsteem õigusrikkujatele, mis algab kontakti loomisega vabadusekaotuse alguses ja kestab kuni 12 kuud pärast vabanemist, keskendudes traumateadlikule lähenemisele ja sarnase kogemusega inimeste kaasamisele struktureeritud mentorluspõhise teenuse pakkujana.

Põhjendus**:** Praegune süsteem loob kontakti alles vabanemise eel, kuid inimene on võib olla avatum muutustele vabadusekaotuse alguses, mil motivatsioon muutuseks võib olla siiram kui lõpus, mil võib domineerida soov ennetähtaegse vabanemise soodustamiseks. Sarnase kogemusega inimeste (nt vastava väljaõppega kogemusnõustajate, tugiisikute) rakendamisega toe pakkujana saavutatakse tugevam ja ausam kontakt kui ametnikega, mis võimaldab tegeleda probleemidega, mis päriselt mõjutavad taasintegreerumist. Mudeli elemente on Eestis edukalt rakendatud ning ajaraam kuni 12 kuud on spetsialistide hinnangul väga sobilik.

Silmas tasub pidada (lisaks alapeatükis 5.1 toodud üldistele soovitustele):

1. Varajase kontakti loomine – tugiteenuse alustamine juba (eel)vangistuse alguses, mitte alles vabanemise eel.
2. Teenuspakkujate valiku kriteeriumide laiendamine – hankepõhise lähenemise asemel arvestada kogemust sihtgrupiga ja kvalifikatsioonistandardeid.
3. Koordineeriva juhtpartneri määramine – tagada teenuste ühildamine ja järjepidevus erinevate programmide vahel.
4. Dokumentatsiooni jagamise süsteemi väljatöötamine – tagada tervishoiusüsteemiga andmevahetus ja rollide selge jagamine.

Partnerlusvõrgustikud

Šotimaal ja Austraalias on teenuste korraldamisel sarnane alusprintsiip. Osana tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna (ümber)korraldusest on loodud piirkondlikud võrgustikud, mille abil tuuakse kokku valdkonna organisatsioonide, institutsioonide ja sidusrühmade esindajaid. Tegeletakse valdkondade (sh tervishoid, selle esmatasand, sotsiaalteenused) integreerimisega koostöö ja sujuvamate raviteekondade soodustamiseks, piirkondlikest vajadustest lähtuva teenuste korraldamisega ja inimesekeskse lähenemise soosimisega (sh esindusühingute kaasamisega teenuste kujundamisse). Võrgustikud ei ole ise teenuste pakkujad. Tegu pole konkreetse mudeliga, pigem erinevates vormides realiseerunud praktikatega, millest lähtuvalt saab luua eeldused mitme uuringus ilmnenud probleemi lahendamisele.

Praktika: partnerlusvõrgustikud (Austraalia ja Šotimaa näitel)	
Kriteerium	Tase kriteeriumi lõikes ja põhjendus
Koostöö soodustamine	Keskmine. Võrgustik võimaldab soodustada teenuspakkujate vahelist koostööd, kuid ei pruugi seda tagada. Praktika ei paku selgeid juhiseid või raamistikku, mida saaks Eestile kohandada, pigem üldiseid printsiipe. Efektiivne toimimine eeldab selget eesmärgistust, koordineeritud juhtimist ja piisavaid ressursse
Teostatavus	Kõrge. Teenuspakkujate jt osapoolt omavaheline teabe- ja koostöövõrgustik on võrdlemisi lihtsalt ellukutsutav.

	Tervisenõukogude näide pakub alusmudelit, mida on võimalik kohandada vastavalt vajadusele. Toimimine eeldab koordineerimist, selget eesmärgistust ja teenuspakkujate tajutud kasulikkust võrgustikust. On kohaldatav olemasoleva süsteemi baasil väheste kohandustega ning ei eelda eraldi väljaõpet
Pöördumise soodustamine	Madal või keskmine. Võrgustik ei ole otsene mudel teenustele pöördumise soodustamiseks, kuid selle võib seada võrgustiku tegutsemise eesmärgiks. Šoti ja Austraalia näitel on võrgustike üks eesmärke teenuste kättesaadavuse suurendamine, mis saab kaudselt soodustada ka pöördumist.
Teenusel püsimise soodustamine	Keskmine. Võrgustik ei ole spetsiifiliselt suunatud raviteekonnal püsimise soodustamiseks (indiviiditasandil), kuid nii Austraalia kui Šoti näitel on nende üheks eesmärgiks valdkonnaülese koostöö ja sujuvamate raviteekondade soodustamine. Samas on riikide näitel siiski murekohti, sh selles mil määral on selle eesmärgi täitmine õnnestunud. Kui võrgustikku rakendatakse nt raviteekondade väljatöötamise eesmärgil, tõstab see hinnangut kriteeriumi lõikes, kuivõrd üldise raviteekonna olemasolu peaks avalduma ka indiviiditasandil sujuvama teekonnana eri teenuste vahel.
Olulised aspektid fookusgruppide põhjal	
Tugevused ja võimalused	+ Soodustab organisatsioonide vahelist suhtlust, teadlikkust üksteise teenustest, teabe liikumist; + Paikkondlike tervisenõukogude näol sarnane lahendus loodud, kohalike terviseprofiilide loomine probleemide kaardistamiseks annab hea aluspõhja tegevuseks; + Võrgustike loomine oleks abistav; võimaldaks luua koordineerivad rollid ja selgitada vastutusalasid; + Võimaldab ühiste arendussuundade määratlemist, annaks tugevama hääle poliitikakujundamises kaasa rääkimiseks; + Annaks võimaluse konkreetsete probleemide lahendamiseks; + Eriti sotsiaalvaldkonnas on häid näiteid kohalikul tasandil hästi toimivatest koostöösuhetest; võrgustikutöö olulisus ja väärtus
Nõrkused ja ohud	– Selge eesmärgi ja rahastuse puudumisel risk struktuuri laialihajumiseks; – Esindusorganisatsioonide kaudu saab esindatud piiratud hulk vaatenurki, vajalik teenusesaajate sihtgrupi läbimõeldud kaasamine; – Maakondlikul tasandil ellu kutsumist uimastivaldkonna teenuspakkujate lõikes hinnatakse ebarealistliku ja ebapraktilisena – teenuspakkujaid vähe, kasulikum just laiema piirkonna võrgustik (nt Eesti peale kuni neli)
Muud märkused ja soovitused	➢ Teenuspakkujad leiavad, et osalust soosiks see, kui tajutaks partnerluse pakutavat kasu – nt tulemuslikkuse tõusu, enda teenuse eesmärkide paremat saavutamist võrgustiku osana, suunamisteekondi uimastitarvitamise häirega tegelemiseks; ➢ Võrgustiku olemasolu ei taga iseenesest protsesside paranemist, küll aga loob eeldused;

- Vajalik on selge eestvedamine ja koordineerimine; valdkonna töötajate koormus on niigi kõrge, mistõttu peab osalemine partnerlusvõrgustiku töös olema ligipääsetav ja eesmärgistatud;
- Vajalik seostada riiklike arengustrateegiate ja -kavadega

Ettepanek: Arendada välja struktureeritud partnerlusvõrgustik(ud), mis hõlmaks tervishoiu, sotsiaal- ja õigusvaldkonna esindajaid jt sidusrühmi ning sihtrühma esindajaid, eesmärgiga soodustada uimastite tarvitamist puudutavate teenuste koostööd ja kitsaskohtade lahendamist. Soovitus seostub ka teiste (üldiste ja välisriikide mudeleid puudutavate) soovitustega: partnerlusvõrgustikud saaksid täita olulist rolli näiteks uimastitarvitamise häire raviteekonna väljatöötamisel; otsustusabi töövahendi jaoks teenuspakkujate info koondamisel/ajakohasena hoidmisel jm.

Põhjendus**:** Olemasolevad kogemused tervisenõukogude ja valdkondadevahelise koostööga (nt Töötukassa, Ohvriabi näidetel) näitavad lähenemise teostatavust. Partnerlusvõrgustikud võimaldavad süstemaatilist probleemanalüüsi, koordineerivate rollide loomist ning andmepõhist teenuste arendamist, mis on eriti oluline ressursside optimeerimiseks ja teenuste kättesaadavuse parendamiseks.

Silmas tasub pidada (lisaks alapeatükis 5.1 toodud üldistele soovitustele):

1. Väärtus ja kasu võrgustiku liikmetele **-** partnerlusvõrgustik peab muutma spetsialistide töö lihtsamaks ja tulemuslikumaks, mitte lisama bürokraatiat juba ülekoormatud süsteemi.
2. Eesmärgipärane koostöö, mitte „kohtumised kohtumise pärast“ – vajalik tegevust konkreetselt ja mõõdetavalt eesmärgistada ning tagada selgus rollide ja ootustes.
3. Juhtroll ja koordineerimine – vajalik on võrgustiku, selle kohtumiste ja tegevuste koordineerimine, mille jaoks nähakse võimalikku võtmerolli Tervise Arengu Instituudil.

Otsustusabi ja süsteemis navigeerimise töövahendid

Veebipõhised triaaži või otsustusabi tööriistad optimaalsete teenuste või teenustasandi leidmiseks. Lahendused võivad olla suunatud teenusesaajatele, nende lähedastele ja/või tervishoiuspetsialistidele, sageli on ühel lehel mitu vaadet vastavalt sihtgrupile. Lihtsamates versioonides on tegu erinevaid teenuseid või teenuspakkujaid koondavate andmebaasidega, millele võib lisanduda otsingu- või filtreerimise funktsioon. Keskmises keerukusastmes leidub (skriining)küsimustikke, mis hindavad inimese uimastite tarvitamise raskusastet, võttes arvesse inimese vanust ja/või traumaatiliste elusündmuste kogemist. Selle alusel soovitatakse abivajajale potentsiaalselt sobivaid teenuseid, mis lihtsustavad otsustusprotsessi. Kõige komplekssemad lahendused on integreeritud kohaliku astmelise abi mudeliga ning pakuvad sisendi põhjal spetsiifilisi soovitusi sobilikuks teenustasandiks.

Praktika: otsustusabi ja süsteemis navigeerimise töövahendid (Austraalia näitel)	
Kriteerium	Tase kriteeriumi lõikes ja põhjendus
Koostöö soodustamine	Keskmine. Kuna oluliseks probleemiks on teenuspakkujate varieeruv ja sageli isikupõhine teadlikkus erinevate teenuste olemasolu ja sisu kohta, loob töövahend väga vajaliku baasi omavahelisteks suunamisteks, suhtluseks ja koostööks. Olemuslikult ja iseseisvalt ei

	paku selget koostöömudelit, see tuleb eraldi arendada. Võimaldab struktureerida teenuspakkujate vahelist infovahetust ja võib soodustada süsteemsema koostöö kujunemist
Teostatavus	Kõrge. Vahend eeldab olemasolevate teenuste ja ressursside koondamist ning teatavat arendus- ja hooldusmahtu. Seostub olemasolevate eesmärkidega, sealhulgas astmelise abi ja teenuste integreerimise kontseptsiooniga. Peamiseks keerukuseks on info ajakohasena hoidmine
Pöördumise soodustamine	Keskmine. Töövahend aitab oluliselt kaasa teenustele pöördumisele, kuid ei pruugi lahendada kõiki probleeme ega ole ka ise kõigile abivajajatele kättesaadav. Kui lahenduse hulka kuulub küsimustiku tulemuste põhjal sobilike teenuste soovitamine, konkreetsed võimalikud teenusepakkujate kontaktid otsitavas piirkonnas ning paraneb teenuste olemasolu ja kättesaadavus, on hinnang praktikale antud kriteeriumi lõikes kõrgem. Võimaldab vähendada teatuid barjääre teenustele ligipääsul ning suurendada sihtgrupi teadlikkust
Teenusel püsimise soodustamine	Madal. Töövahend ei ole spetsiifiliselt suunatud raviteekonnal püsimise soodustamiseks. Kaudselt võib kaasa aidata seeläbi, et inimene jõuab suurema tõenäosusega talle sobiva teenuseni. Ei paku otseseid lahendusi väljalangemise vähendamiseks ning keskendub peamiselt teenuste kättesaadavuse parandamisele
Olulised aspektid fookusgruppide põhjal	
Tugevused ja võimalused	+ Aitab lahendada keskset probleemi ka asjatundlike teenuspakkujate jaoks – valdav on tunnetus, et ei teata kõigist olemasolevatest teenustest või nende sisust; + Võimaldab kasutajatel iseseisvalt ja ausalt hinnata oma olukorda; + Sobib kasutamiseks nii abivajajale endale kui ka koos spetsialistiga; + Pakub koondatud ja ühtlustatud teavet kõigile osapooltele; + Vähendab info otsimise ja koondamise ajakulu – levinud on olukord, kus spetsialist kulutab oluliselt aega, et ise võimalike teenuste kohta teavet leida; + Sobitub astmelise abi süsteemi väljatöötamise plaanidega; + Võiks pakkuda seostamisvõimaluse olemasolevate tugiliinidega (või olla toeks nende töötajatele), nt perearsti infoliini, emotsionaalse toe telefon jm
Nõrkused ja ohud	– Sisu ajakohasena hoidmine on ressursimahukas ja keerukas (nt kui vastava koolituse läbinud pereõde läheb tööle teise perearstikeskusesse, võib koos temaga „kaduda“ ka kompetents; – Eeldab abivajajalt internetiligipääsu ja digitaaloskusi; – Platvormi nimevalik võib luua tahtmatuid või ettenägematuid barjääre; – Spetsialistide piiratud aeg uute tööriistadega tutvumiseks; – Risk suunata inimesi ühest kohast teise ilma tegeliku lahenduseta;

	– Otsustusabi vahendid ei pruugi hästi hakkama saada komorbiidsetest terviseprobleemidest tulenevate vajaduste hindamisega; – Oht suurendada teabeallikate killustumist
Muud märkused ja soovitused	➢ Vajab lahendust, mis hindaks küsimustikega inimese seisundit ja mitte ainult andmebaasi. Inimesel võib olla raske ise aru saada, milline teenus või spetsialist on tema olukorras kõige sobilikum; ➢ Nõuab lihtsat keelekasutust ja mugavalt kasutatavat lahendust; ➢ Peab riskide/vajaduste hindamisel arvestama ka nt lähisuhtevägivalla riskiga; ➢ Interaktiivne tugi on väärtuslik lisandus kasutajakogemusele

Ettepanek**:** Arendada välja uimastiülene teenuste andmebaas ja süsteemis navigeerimise tugi, mis toetab otsustamist ja sobiliku teenuse leidmist nii spetsialisti, abivajaja kui ka lähedase jaoks.

Põhjendus**:** Praegune info killustatus raskendab sobiva teenuse leidmist. Ühtne süsteem parandaks ligipääsu teenustele ja soodustaks teenuspakkujate vahelist koostööd, säästes nii teenusesaajate kui ka spetsialistide aega.

Silmas tasub pidada (lisaks alapeatükis 5.1 toodud üldistele soovitustele):

1. Süsteemi kavandamine – olemasolevate platvormide ühildamise planeerimine, ajakohastamist vajava sisu kaardistamine, dubleerimise vältimine ja suunamiste loomine senistelt lehtedelt.
2. Sisu arendamine – andmebaasi ja esmase otsingu/filtreerimisvõimaluse loomine, seejärel selle toetamine küsimustikupõhise lahendusega.
3. Kasutajamugavuse tagamine – vajalik on lihtne keelekasutus, ligipääsetavus ja kompaktne sisu.
4. Ajakohasena hoidmine – regulaarse sisu uuendamise süsteemi loomine, veebilahenduste hooldamine.

5.4. Näited võimalikest tulevastest teenusesaajate teekondadest

Uuringu käigus loodi teenusedisaini meetodil kolmanda alauuringu tulemusele toetudes kaks teenusesaaja persoonat ning alauuringute sünteesile toetudes kolm näidet võimalikest tulevastest teenusesaaja teekondadest erinevate välisriikide mudelite või praktikate rakendamisel.

Persoonade loomise eesmärk ei olnud katta kõiki võimalikke teenusesaajate profiile, vaid mõned eristuvate sihtgruppide näited. Sellegipoolest ilmnes, et vähemalt kaks olulist persoonat siin ei kajastu:

- alaealised, kelle puhul saaks sekkuda juba probleemi esmasel tekkimisel (jäid väljaspoole käesoleva uuringu skoopi),
- kaugelearenenud tervisekahjuga uimasteid tarvitavad inimesed, kelle puhul praegu sobilikud teenused puuduvad sel määral, et ei osutunud võimalikuks vaadeldud koostöömudelite või praktikate alusel teekonda visandada.

Teekondade visualiseeringud lisatud järgmistele lehekülgedele (iga teekond jaotub kahe lehekülje peale).

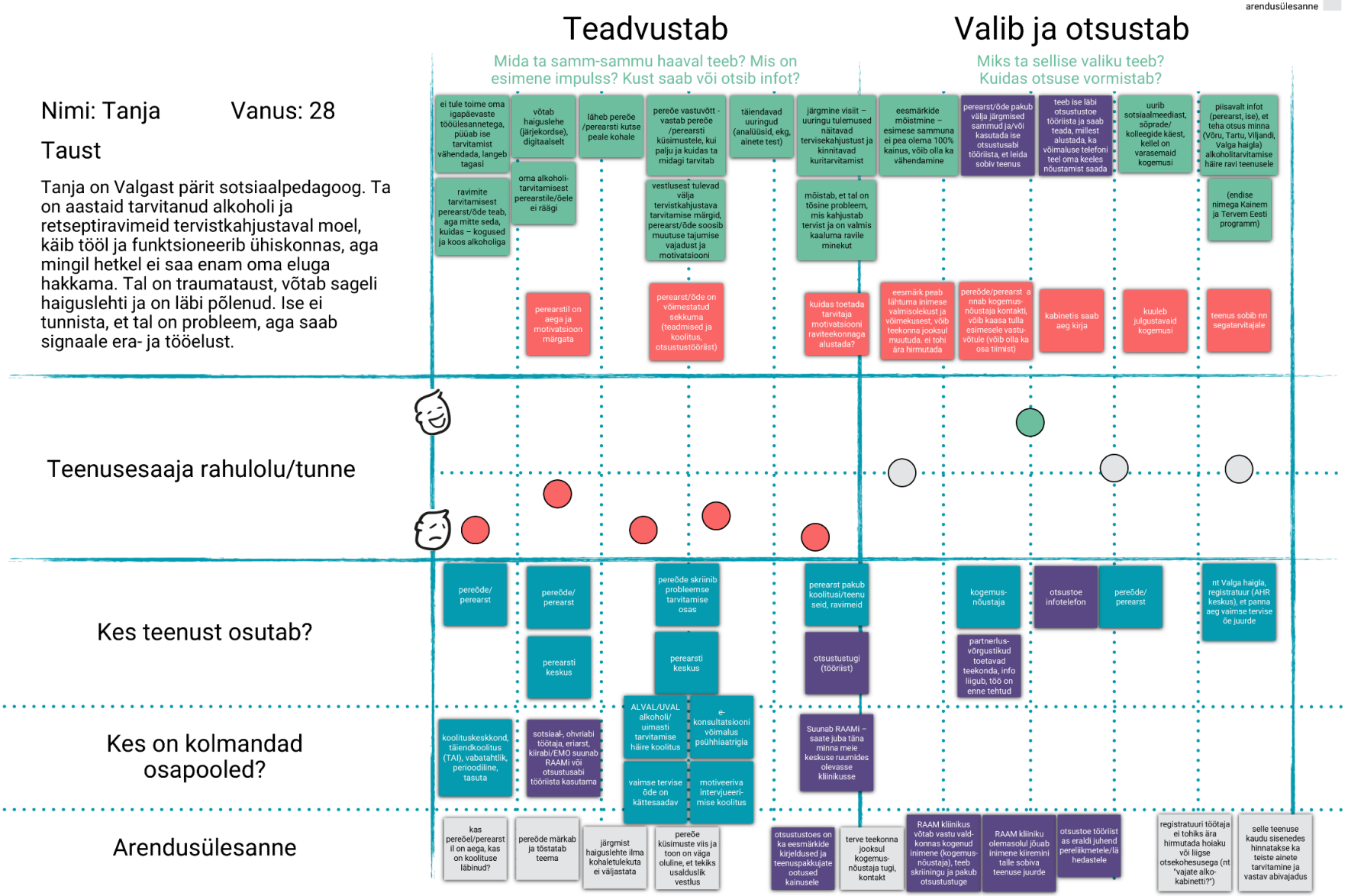
Teenusesaaja teekond – Tanja

Legend:
- tarvitaja sammud
- teenuseosutaja / väline tugi
- uute mudelite roll
- oluline sekkumiskoht
- arendusülesanne

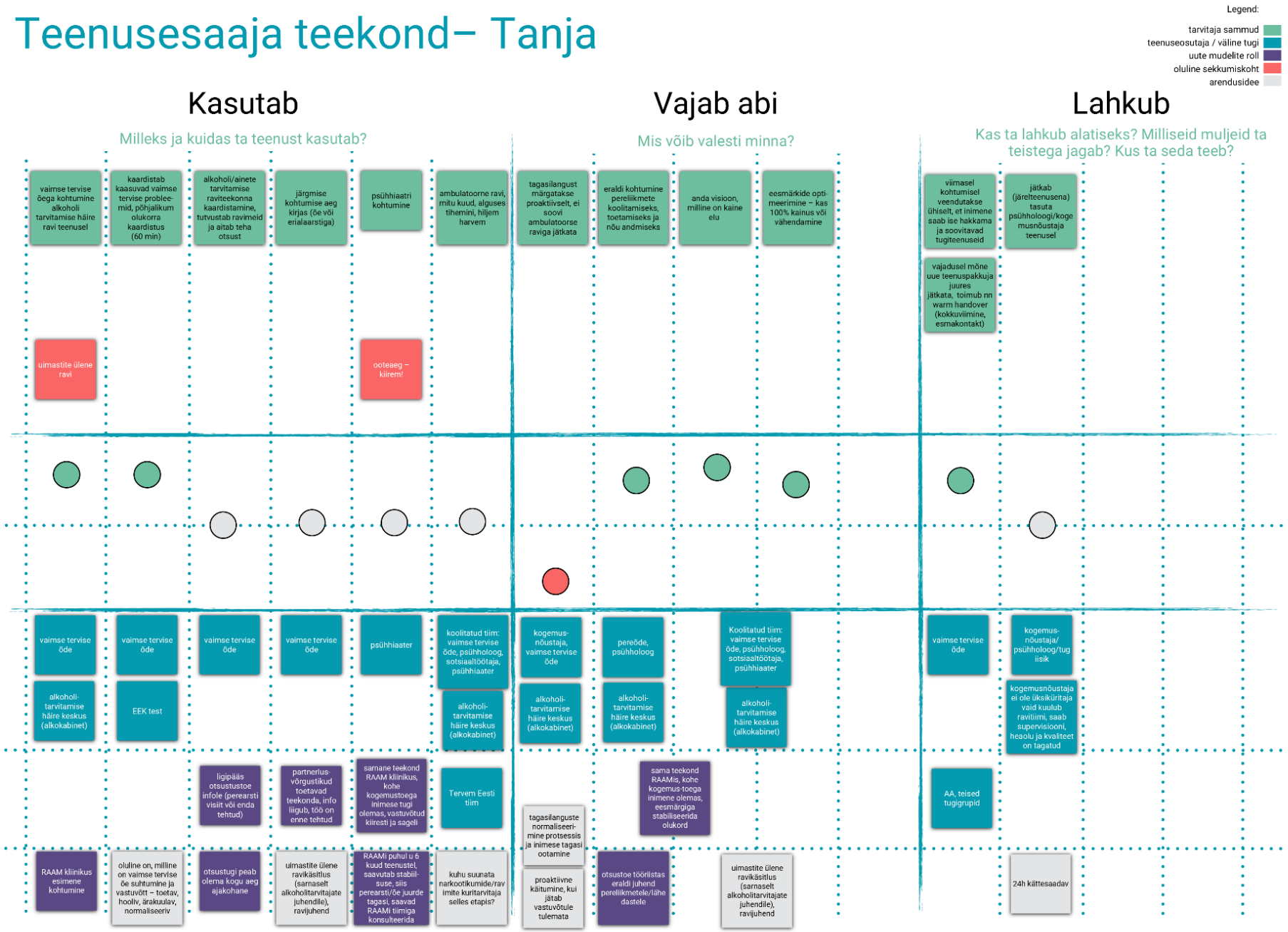
Nimi: Tanja Vanus: 28

Taust

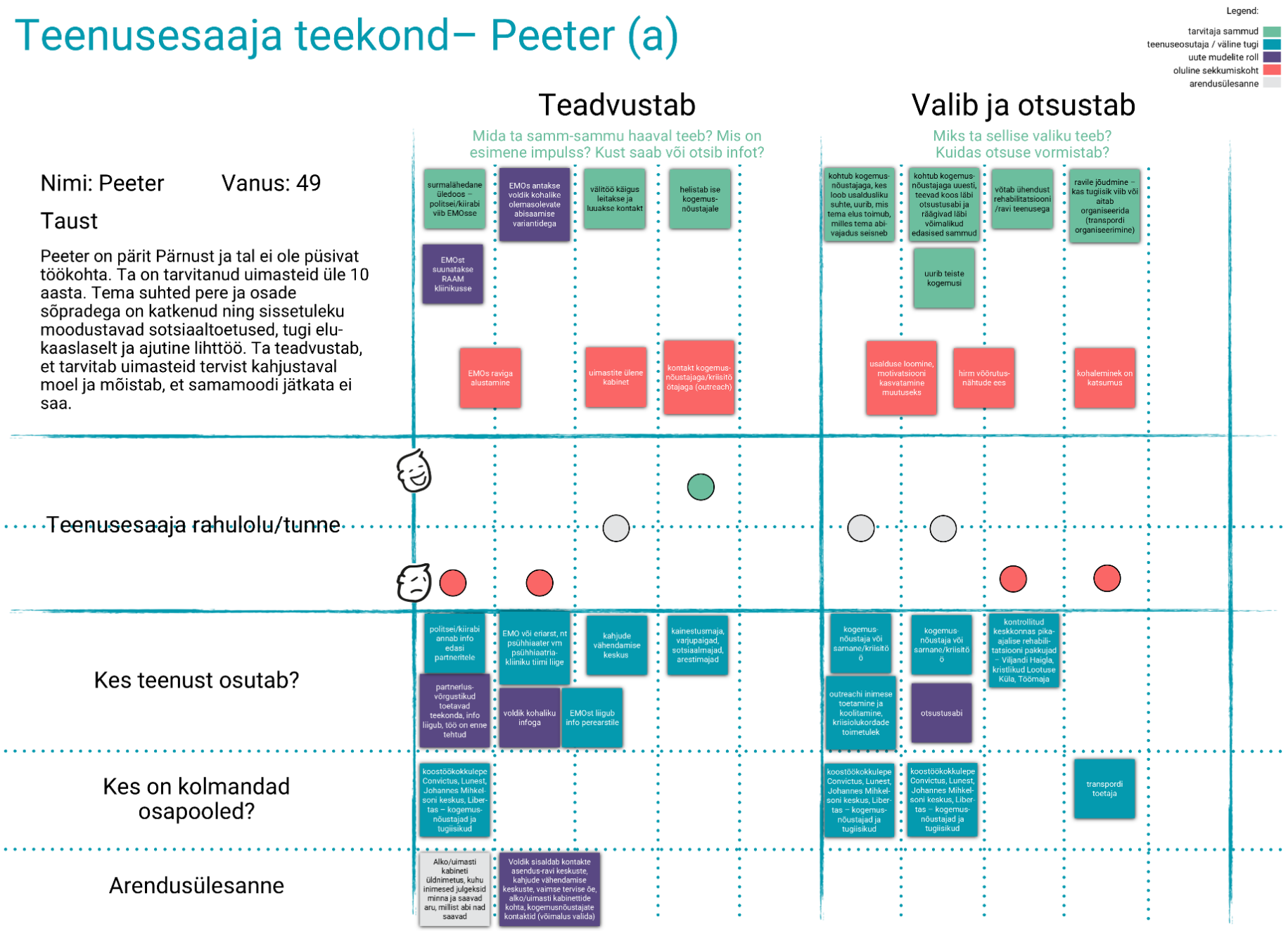
Tanja on Valgast pärit sotsiaalpedagoog. Ta on aastaid tarvitanud alkoholi ja retseptiravimeid tervistkahjustaval moel, käib tööl ja funktsioneerib ühiskonnas, aga mingil hetkel ei saa enam oma eluga hakkama. Tal on traumataust, võtab sageli haiguslehti ja on läbi põlenud. Ise ei tunnista, et tal on probleem, aga saab signaale era- ja tööelust.



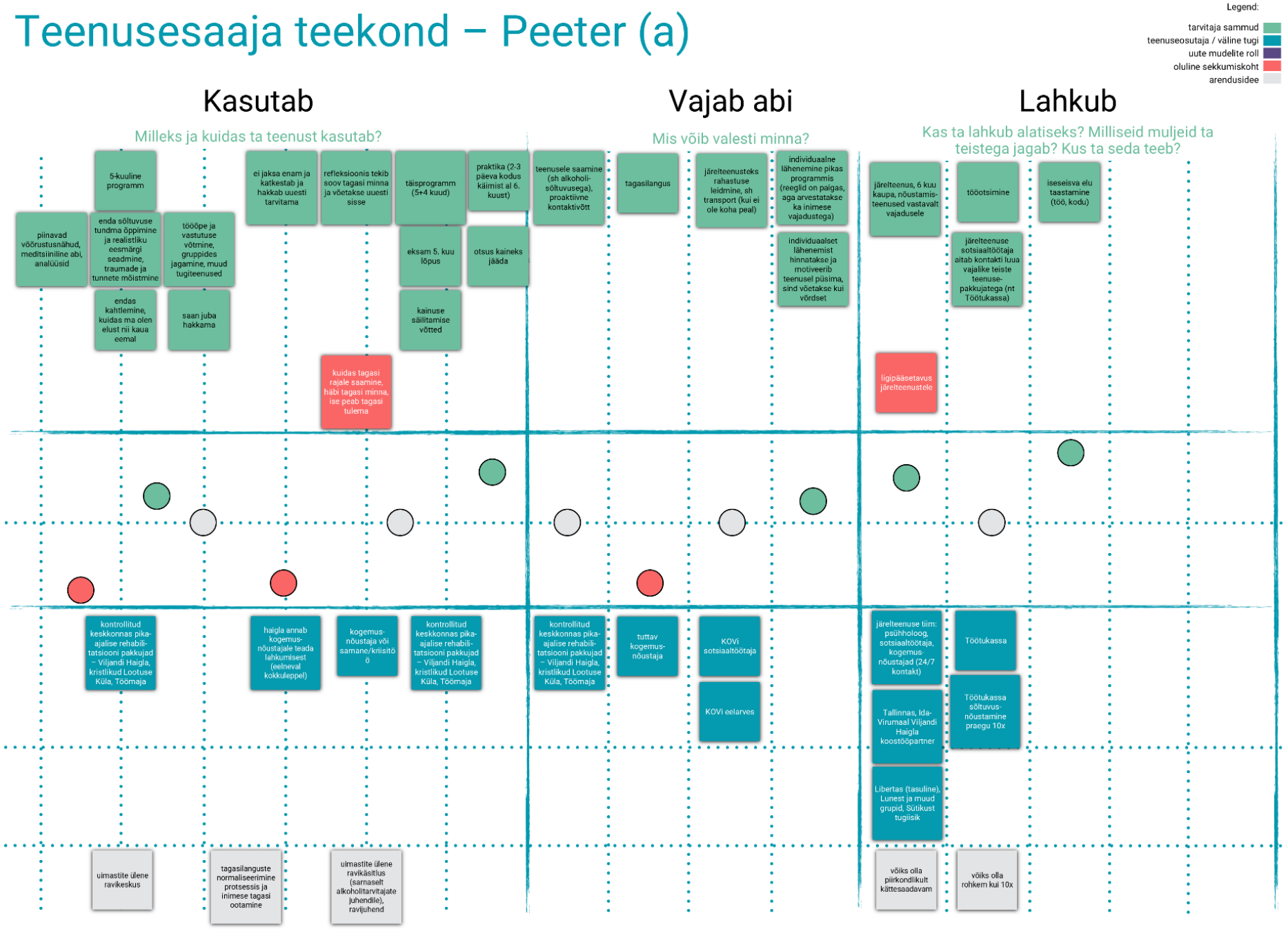
Teenusesaaja teekond– Tanja



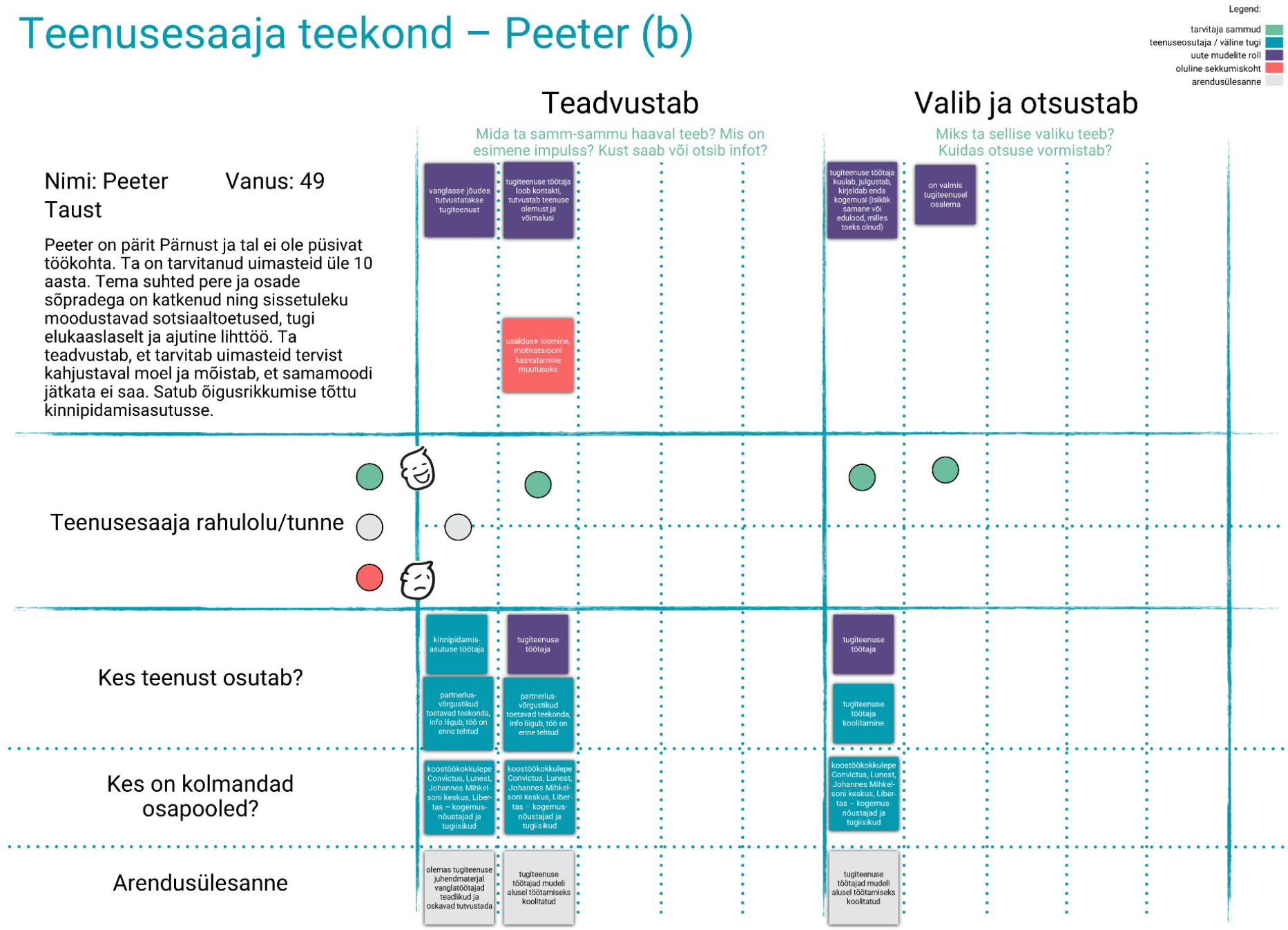
Teenusesaaja teekond– Peeter (a)



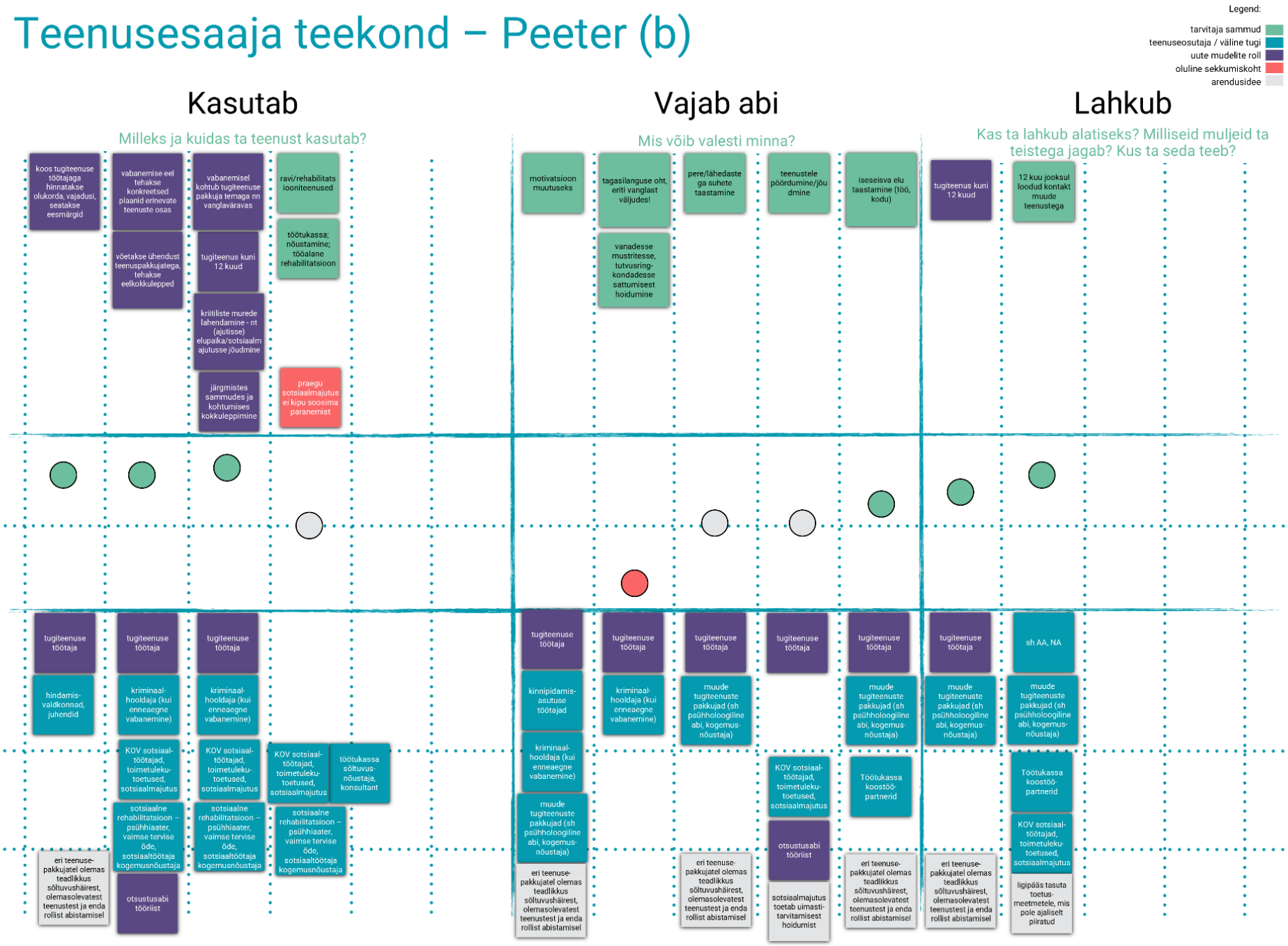
Teenusesaaja teekond – Peeter (a)



Teenusesaaja teekond – Peeter (b)



Teenusesaaja teekond – Peeter (b)



Kokkuvõte ja järeldused

Uuringu raames analüüsiti uimasteid tarvitavatele täisealistele inimestele suunatud teenuste toimimist ja nendevahelise koostöö korraldust Eestis. Uuringu laiem eesmärk on toetada valdkonnaülese mudeli arendamist, mille fookuses on uimastitarvitamise vähendamine ja psühhosotsiaalse abi pakkumine uimasteid tarvitavatele täisealistele.

Uuring hõlmas intervjuude läbiviimist nii sihtgrupiga kokku puutuvate spetsialistide kui ka teenusesaajatega. Sihtgrupiga kokkupuutuvate ja sihtgrupile teenuseid pakkuvate spetsialistide intervjuud andsid ülevaate hetkeolukorrast ja probleemkohtadest. Teenusesaajate kogemused pakkusid sisendi teenuste kättesaadavuse erinevate aspektide kohta alates info ligipääsetavusest kuni vajaduste ja parendusettepanekuteni. Viidi läbi ka teaduskirjanduse analüüs ja selle alusel valitud välisriikide praktikate kaardistus, mis sisaldas ka intervjuusid välisekspertidega. Keskenduti Kanadas, Austraalias ja Suurbritannias kasutatavate teenusevaheliste koostöömudelitele ja -praktikatele. Kaardistati üheksa konkreetsemat praktikat ja mudelit, neist nelja osas tehti põhjalikum kohaldatavuse analüüs. Selleks viidi läbi neli fookusgrupi intervjuud Eesti spetsialistidega. Kõigi alauuringute tulemuste sünteesi tulemusel koostati nii üldised kui ka konkreetsete mudelite ja praktikate rakendamist ning kohaldamist puudutavad soovitused. Kirjeldati ka võimalikud tulevased teenusesaajate teekonnad, kui rakendatud on välisriikide mudelitest ja praktikatest ammutatud lahendusideid.

Peamised probleemid

Uuringus tuvastati mitmeid probleemivaldkondi, mis takistavad tõhusa abi osutamist uimasteid tarvitavatele inimestele. Ilmnes teenuste kättesaadavuse märkimisväärne varieeruvus nii piirkondlikult kui ka keeleliselt, samuti sõltuvalt abivajaduse akuutsusest ja tarvitatavatest uimastitest. Ebaühtlane on ka spetsialistide teadlikkus erinevatest abivõimalustest ning nende sisust. Tuntakse vajadust ühtse andmebaasi järele, mis koondaks asjakohased abivõimalused ja teenusepakkujad. Arendamist vajab võrgustiku- ja koostöö erinevate teenuste pakkumisel, mille praegused edukad näited toetuvad eeskätt isikupõhistele kontaktidele, mitte süsteemsele käsitlusele ja koostöökokkulepetele.

Abini jõudmise barjääriks võib olla asjaolu, et sageli puudub uimasteid tarvitaval inimesel ettekujutus teistsugusest, kainest elust või sellest, et keegi neid aidata saab. Spetsialistid näevad omakorda väiksena enda võimalikku rolli või võimalusi uimastitarvitamise häirega inimese motiveerimisel. See probleem on eriti terav nende teenusepakkujate seas, kelle igapäevatöö ei keskendu otseselt uimasteid tarvitavate inimeste sihtgrupile, kuid kes puutuvad nendega siiski kokku ja kel saaks olla tähtis osa märkamisel ja edasisuunamisel.

Võrreldes teaduskirjanduse ja välisriikide praktikaga, kerkib esile proaktiivse väljatöö puudumine. Järjekindel sihtgrupiga kontakti loomine, mille eesmärk on kasvatada usaldust ja motivatsiooni ning soodustada sihipäraselt teenustele jõudmist näib Eestis spetsialistidele harjumatu ja võõra lähenemisena nii praktika, enda rolli mõtestamise kui ka väärtusruumi mõttes. Eeldatakse, et inimene peab ise olema motiveeritud – mis spetsialistide nappuses on ka paratamatu ressursside optimeerimise viis. Spetsialistid võivad tajuda ka rollikonflikti

inimese teenustele „nügimises“, ent piiratud on ka tugiisikute või kogemusnõustajate rakendamine sedalaadi väljatöö tegemisel multidistsiplinaarse tiimi osana. Abi otsimiseni jõutaksegi paljudel puhkudel alles tarvitamise hilises faasis, kui on juba välja kujunenud tõsine uimastitarvitamise häire ja võivad olla tekkinud pöördumatud kahjud tervisele.

Ettepanekud lahendusteks välisriikide praktikate põhjal

Toetudes teaduskirjanduse analüüsile, valiti välja neli konkreetset välisriikide teenustevahelise koostöö korralduse mudelit või praktikat, mille sobivust Eestile analüüsiti põhjalikumalt. Iga mudeli juurde esitati konkreetsed soovitused kohandamiseks ja rakendamiseks Eesti kontekstis, arvestades potentsiaali teenusepakkujate koostöö soodustamiseks, teostatavust ning mõju teenustele pöördumise ja raviteekonnal püsimise soodustamiseks.

Uuringus analüüsitud välisriikide mudelite ja praktikate põhjal pakuti võimalikke lahendusi ilmnenud probleemidele. Kanadas arendatud RAAM mudeli alusel loodud uimastiülesed ja nn madala lävepakuga kliinikud võimaldaksid selget koostöökorraldust keskse kompetentsikeskusena toimiva RAAM kliiniku ja abivajajale lähemal asuvad kohaliku tasandi teenuspakkujate vahel.

Šotimaa ja Austraalia praktikate eeskujul loodud partnerlusvõrgustikud hõlmaksid erinevaid sihtgrupiga kokkupuutuvaid osapooli ning pakuksid võrdlemisi hõlpsa võimaluse tõsta spetsialistide seas teadlikkust erinevatest teenuspakkujatest ja nende tegevustest, soosida koostöist teenuste arendamist, koordinatsiooni ja infovahetust.

Oluline lahendus oleks ka otsustusabi ja süsteemis navigeerimise töövahendi loomine, mis sisaldaks ülevaatlikku andmebaasi teenuspakkujatest ning võimaldaks kiirelt leida sobivaid teenuseid konkreetsete vajaduste alusel. See oleks kasulik nii teenusepakkujate, abivajajate kui ka nende lähedaste jaoks, lahendades ühe keskse probleemi: killustatud pildi olemasolevatest abivõimalustest. Suure hulga näiteid laiab selleks Austraaliast.

Väljatöö ja intensiivse kliendikeskse kogukonna toe meetodite rakendamine võimaldaks jõuda proaktiivselt abivajajateni, kellele traditsioonilised teenused ei ole olnud sobilikud või ligipääsetavad. Samuti peaks süsteemselt tähelepanu pöörama kogemusnõustajate väljaõppele ja kaasamisele meeskonna liikmena. Õigusrikkujatele suunatud teenuste korraldust saab informeerida vabastamiseelse ja -järgse toe mudel. Need mudelid ja praktikad on kasutusel kõigis vaadeldus riikides, ent konkreetseid näited pakkus selle uuringu käigus Šotimaal.

Peamised soovitused

Alauuringute sünteesi tulemusel anti neliteist üldist soovitust, mis keskenduvad nii süsteemi struktuursete puuduste kõrvaldamisele kui ka teenuspakkumise kvaliteedi parandamisele. Esmaseks eeltingimuseks on puuduvate teenuste arendamine, sest koostöömudelid ei saa kompenseerida teenuste puudumist. Samavõrd oluline on kvalifitseeritud spetsialistide piisava hulga tagamine läbi väljaõppe, täiendkoolituste ja läbipõlemise ennetamise.

Süsteemi arendamisel tuleb eraldi tähelepanu pöörata alaealistele suunatud teenustele ning tõenduspõhisele süsteemsele uimastiennetusele, arvestades et uimastite tarvitamine algab sageli teismeeas.

Põhiliseks vajaduseks on ühtse uimastiülese tarvitamishäire raviteekonna loomine ja juhendmaterjalide loomine ja levitamine. Teadlikkuse tõstmine abivõimalustest on vajalik nii teenusepakkujate kui ka sihtgrupi hulgas. Teenusepakkujad peavad olema kursis erinevate teenuste, nende sisu ja juurdepääsuvõimalustega, mida soosiks ühtse veebiplatvormi loomine. Samuti on oluline tõsta uimasteid tarvitavate inimeste ja nende lähedaste teadlikkust abivõimalustest.

Teenuste disainimisel, arendamisel ja hindamisel tuleb kaasata teenusesaajaid, nende lähedasi ja esindusorganisatsioone. Hankeprotsessides on vajalik loobuda madalaima hinna esikohale seadmisest ning rakendada kvalifikatsiooni-, kvaliteedi- ja kogemuspõhist hindamist. Teenuste järjepidevuse tagamine läbi pikemate rahastusperioodide on samuti hädavajalik, säilitamaks tuge pika taastumisprotsessi jooksul ning soodustades raviteekonnal püsimist.

Teenuste kvaliteedi parandamiseks tuleb süsteemselt tegeleda stigmatiseerivate ja jäikade hoiakute vähendamisega teenusepakkujate seas, rakendada väljatööd ja intensiivse kogukonnakeskse toe meetodit ning integreerida traumateadlik lähenemine kõikidesse teenustesse. Kogemusteadmisega toetajate rolli tugevdamine ja muutuste eestvedajate toetamine aitavad kaasa positiivsete muutuste juurutamisele.

Järeldused

Uuring toob esile, et uimastitarvitajatele suunatud teenuste süsteem Eestis vajab põhjalikku arendust ja ümberkorraldusi. Praegune killustatud lähenemine, kus puudub ühtne koordinatsioon ja proaktiivne jõudmine abivajajateni, ei vasta sihtgrupi vajadustele. Nii spetsialistide kui ka teenusesaajate kogemused kinnitavad süsteemis olevaid olulisi lünki ja probleeme koostöös, kuigi ilmneb ka hästi toimivaid praktikaid.

Välisriikide kogemused pakuvad väärtuslikke eeskujusid, eriti partnerlusvõrgustike, väljatööl põhinevate meetodite ja kogemuspõhiste toetajate süsteemse kaasamine osas. Kanada, Austraalia ja Suurbritannia mudelid demonstreerivad, kuidas terviklik lähenemisviis ja selged koostöökorraldused võivad oluliselt parandada teenuste tõhusust ja kättesaadavust. Nende lahenduste edukas rakendamine Eesti kontekstis nõuab siiski põhjalikku kohandamist ning tugeva poliitilise tahte ja piisavate ressursside eraldamist muutusteks, mis toetaksid paremini uimasteid tarvitavate inimeste vajadusi.

Viidatud allikad

Aberdeenshire Council. Integration Joint Board. https://www.aberdeenshire.gov.uk/social-care-and-health/ahscp/integration-joint-board/

About. (s.a.). META:PHI Provincial Network. Salvestatud 28. veebruar 2025, https://www.metaphi.ca/about/

Abufarsakh, B., Kappi, A., Pemberton, K. M., Williams, L. B., & Okoli, C. T. C. (2023). Substance use outcomes among individuals with severe mental illnesses receiving assertive community treatment: A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, *32*(3), 704–726. https://doi.org/10.1111/inm.13103

ACTION = Alcohol Care Team Innovation & Optimisation Network (2024). Standards for Alcohol Care Teams: Second Edition. Ed: Colwill, A., Golparvar, L. Royal College of Psychiatrists Kättesaadav: https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/ccqi/quality-networks/alcohol-care-team-innovation-optimisation-network-(action)/action-standards---second-edition.pdf

Alcohol, Tobacco and other Drugs Council (Tasmania) (ATDC). Communication Charter. Kättesaadav: https://atdc.org.au/wp-content/uploads/2024/01/Tasmanian-ATOD-Communications-Charter.pdf (Kasutatud 09.03.2025)

Alcohol, Tobacco and other Drugs Council (Tasmania) (ATDC). Constitution. Uuendatud: 2022. Kättesaadav: https://atdc.org.au/wp-content/uploads/2024/01/ATDC-Constitution-2022.pdf (Kasutatud 09.03.2025)

Alcohol, Tobacco and other Drugs Council (Tasmania) (ATDC). Lived Experience. Kättesaadav: https://atdc.org.au/lived-experience/ (Kasutatud 27.02.2025)

Alkoholitarvitamise häirega patsiendi käsitlus, RJ-F/7.2-2020. Ravijuhend. Eesti Haigekassa. 2021

APA. (s.a.). *Learn About the Collaborative Care Model*. Salvestatud 28. veebruar 2025, https://www.psychiatry.org:443/psychiatrists/practice/professional-interests/integrated-care/learn

Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, *8*(1), 19–32. https://doi.org/10.1080/1364557032000119616

Australian Bureau of Statistics (ABS). (2024, June). *National, state and territory population*. https://www.abs.gov.au/statistics/people/population/national-state-and-territory-population/latest-release.

Australian Bureau of Statistics. (2021). *Income and work: Census*. ABS. https://www.abs.gov.au/statistics/labour/earnings-and-working-conditions/income-and-work-census/2021.

Australian Bureau of Statistics. (2023). *Population Projections, Australia*. ABS. https://www.abs.gov.au/statistics/people/population/population-projections-australia/latest-release.

Australian Bureau of Statistics. (ABS) (2022). *Religious affiliation in Australia*. https://www.abs.gov.au/articles/religious-affiliation-australia.

Australian Government Department of Health and Aged Care (2019). The Australian health system. The Australian health system | Australian Government Department of Health and Aged Care

Australian Government Department of Health and Aged Care (2023). PHN Strategy (2023-24). PHN Strategy (2023-24)

Australian Government Department of Health and Aged Care (2024). What Primary Health Networks do. What Primary Health Networks do | Australian Government Department of Health and Aged Care

Balshem, H., Helfand, M., Schünemann, H. J., Oxman, A. D., Kunz, R., Brozek, J., Vist, G. E., Falck-Ytter, Y., Meerpohl, J., & Norris, S. (2011). GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *Journal of Clinical Epidemiology*, *64*(4), 401–406. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.07.015

Bates, S., Wright, M., & Harris-Roxas, B. (2022). Strengths and risks of the Primary Health Network commissioning model. *Australian Health Review*, *46*(5), 586–594. https://doi.org/10.1071/AH21356

Best practice portal – evidence database | www.euda.europa.eu. (s.a.). Kasutatud 27. veebruar 2025, https://www.euda.europa.eu/best-practice/evidence-summaries_en

Best, D., Higham, D., Pickersgill, G., Higham, K., Hancock, R., & Critchlow, T. (2021). Building Recovery Capital through Community Engagement: A Hub and Spoke Model for Peer-based Recovery Support Services in England. *Alcoholism Treatment Quarterly*, *39*(1), 3–15. https://doi.org/10.1080/07347324.2020.1787119

Bielenberg, J., Swisher, G., Lembke, A., & Haug, N. A. (2021). A systematic review of stigma interventions for providers who treat patients with substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *131*, 108486. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108486

Boumparis, N., & Schaub, M. P. (2022). Recent advances in digital health interventions for substance use disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, *35*(4), 246–251. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000798

CMMS = Centers for Medicare & Medicaid Services. (2024) SBIRT services: Screening, brief intervention, and referral to treatment, https://www.cms.gov/outreach-and-education/medicare-learning-network-mln/mlnproducts/downloads/sbirt_factsheet_icn904084.pdf (Vaadatud 27.03.2025)

Corace, K., Thavorn, K., Suschinsky, K., Willows, M., Leece, P., Kahan, M., Nijmeh, L., Aubin, N., Roach, M., Garner, G., Saskin, R., Kim, E., Rice, D., Taha, S., Garber, G., & Hutton, B. (2023). Rapid Access Addiction Medicine Clinics for People With Problematic Opioid Use. *JAMA Network Open*, *6*(11), e2344528. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.44528

Day, E., Pechey, L. C., Roscoe, S., & Kelly, J. F. (2025). Recovery support services as part of the continuum of care for alcohol or drug use disorders. *Addiction*, add.16751. https://doi.org/10.1111/add.16751

Ecker, J., Aubry, T., Wasylenki, D., Pettey, D., Krupa, T., & Rush, B. (2012). Predicting Alcohol Use and Drug Use Among Consumers of Community Mental Health Programs. *Journal of Dual Diagnosis*, *8*(3), 188–199. https://doi.org/10.1080/15504263.2012.697861

Effectiveness of the Department of Health and Aged Care's performance management of Primary Health Networks: Department of Health and Aged Care (Auditor-General No. 19 2023–24). (2024). Australian National Audit Office. https://www.anao.gov.au/sites/default/files/2024-02/Auditor-General_Report_2023-24_19.pdf

EUDA (2024). Best practice portal – evidence database. *European Union Drugs Agency*. https://www.euda.europa.eu/best-practice/evidence-summaries_en?

Evidence-Based Practices Resource Center. (s.a.-a). Salvestatud 27. veebruar 2025, https://www.samhsa.gov/libraries/evidence-based-practices-resource-center

Flexhaug, M., Noyes, S., & Phillips, R. (2012). *Integrated models of primary care and mental health & substance use care in the community: Literature review and guiding document. British Columbia Ministry of Health*. https://policycommons.net/artifacts/1194522/integrated-models-of-primary-care-and-mental-health-substance-use-care-in-the-community/1747647/

Forster, S. E., DePhilippis, D., & Forman, S. D. (2019). "I's" on the prize: A systematic review of individual differences in Contingency Management treatment response. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *100*, 64–83. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.03.001

Freeman, T., Baum, F., Javanparast, S., Ziersch, A., Mackean, T., & Windle, A. (2021). Challenges facing primary health care in federated government systems: Implementation of Primary Health Networks in Australian states and territories. *Health Policy*, *125*(4), 495–503. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.02.002

Gaiser, M. G. (2021). *A Systematic Review of the Roles and Contributions of Peer Providers in the Behavioral Health Workforce*.

Glover-Wright, C., Coupe, K., Campbell, A. C., Keen, C., Lawrence, P., Kinner, S. A., & Young, J. T. (2023). Health outcomes and service use patterns associated with co-located outpatient mental health care and alcohol and other drug specialist treatment: A systematic review. *Drug and Alcohol Review*, *42*(5), 1195–1219. https://doi.org/10.1111/dar.13651

Gossip, K., Pagliaro, C., Comben, C., Fjeldsoe, K., Whiteford, H., & Diminic, S. (2023). Using the National Mental Health Service Planning Framework to inform integrated regional planning: A case study in Tasmania, Australia. *International Journal of Mental Health Systems*, *17*(1), 23. https://doi.org/10.1186/s13033-023-00591-w

Government of Tasmania (2020). Reform Agenda for the Alcohol and Other Drugs Sector in Tasmania. *Mental Health, Alcohol and Drug Directorate Department of Health*. AOD_Reform_Agenda_DoHTasmania2020.pdf

Green, B., Rhubart, D. C., & Filteau, M. R. (2021). Barriers for Implementing the Hub and Spoke Model to Expand Medication for Opioid Use Disorder: A Case Study of Montana. *Substance Abuse: Research and Treatment*, *15*, 11782218211039781. https://doi.org/10.1177/11782218211039781

Health and Social Care Scotland (HSCS). About Health and Social Care Integration in Scotland. https://hscscotland.scot/integration/

Health and Social Care Scotland (HSCS). About Health and Social Care Integration in Scotland. https://hscscotland.scot/integration/

Healthdirect Australia (2024). Australian mental health services. https://www.healthdirect.gov.au/australian-mental-health-services#who-pays

Heinz, A., Daedelow, L. S., Wackerhagen, C., & Di Chiara, G. (2020). Addiction theory matters—Why there is no dependence on caffeine or antidepressant medication. *Addiction Biology*, *25*(2), e12735. https://doi.org/10.1111/adb.12735

Hu, T., Snider-Adler, M., Nijmeh, L., & Pyle, A. (2019). Buprenorphine/naloxone induction in a Canadian emergency department with rapid access to community-based addictions providers. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, *21*(4), 492–498. https://doi.org/10.1017/cem.2019.24

Incze, M. A., Kelley, A. T., James, H., Nolan, S., Stofko, A., Fordham, C., & Gordon, A. J. (2024). Post-hospitalization Care Transition Strategies for Patients with Substance Use Disorders: A Narrative Review and Taxonomy. *Journal of General Internal Medicine*, *39*(5), 837–846. https://doi.org/10.1007/s11606-024-08670-5

James, H., Morgan, J., Ti, L., & Nolan, S. (2023). Transitions in care between hospital and community settings for individuals with a substance use disorder: A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, *243*, 109763. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.109763

Jeffries, V., Slaunwhite, A., Wallace, N., Menear, M., Arndt, J., Dotchin, J., GermAnn, K., & Sapergia, S. (2013). Collaborative care for mental health and substance use issues in primary health care. *Ottawa (ON): Mental Health Commission of Canada*. https://www.commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/drupal/PrimaryCare_Overview_Reviews_Narrative_Summaries_ENG_0.pdf

Kates, N. (2017). Mental Health and Primary Care: Contributing to Mental Health System Transformation in Canada. *Canadian Journal of Community Mental Health*, *36*(4), 33–67. https://doi.org/10.7870/cjcmh-2017-033

Kates, N., Sunderji, N., Ng, V., Patriquin, M., Alloo, J., Mirwaldt, P., Burrell, E., Gervais, M., & Siddiqui, S. (2023). Collaborative Mental Health Care in Canada: Challenges, Opportunities and New Directions. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *68*(5), 372–398. https://doi.org/10.1177/07067437221102201

Lootuse küla (s.a) Programm. Kättesaadav: Lootuse küla, „Programm“, s.a. Kasutatud 18.06.2025

Marchand, K., Beaumont, S., Westfall, J., MacDonald, S., Harrison, S., Marsh, D. C., Schechter, M. T., & Oviedo-Joekes, E. (2019). Conceptualizing patient-centered care for substance use disorder treatment: Findings from a systematic scoping review. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, *14*(1), 37. https://doi.org/10.1186/s13011-019-0227-0

McPherson, C., & Boyne, H. (2017). Access to Substance Use Disorder Treatment Services in Canada. *Journal of Alcoholism & Drug Dependence*, *05*(04). https://doi.org/10.4172/2329-6488.1000277

Medication Assisted Treatment (MAT) Standards for Scotland: Access, choice, support. (2021). The Scottish Government.

Mengistu, T. S., Khatri, R., Erku, D., & Assefa, Y. (2023). Successes and challenges of primary health care in Australia: A scoping review and comparative analysis. *Journal of Global Health*, *13*, 04043. https://doi.org/10.7189/jogh.13.04043

Miech, E. J., Rattray, N. A., Flanagan, M. E., Damschroder, L., Schmid, A. A., & Damush, T. M. (2018). Inside help: An integrative review of champions in healthcare-related implementation. *SAGE Open Medicine*, *6*, 2050312118773261. https://doi.org/10.1177/2050312118773261

Morena, A. L., Gaias, L. M., & Larkin, C. (2022). Understanding the Role of Clinical Champions and Their Impact on Clinician Behavior Change: The Need for Causal Pathway Mechanisms. *Frontiers in Health Services*, *2*, 896885. https://doi.org/10.3389/frhs.2022.896885

Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, *18*(1), 143. https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x

NHS (2019). Alcohol Care Teams: Core Service Descriptor. Kättesaadav: https://www.longtermplan.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/11/ACT-core-service-descriptor-051119.pdf

Ober, A., Watkins, K., Lamp, K., Lind, M., Osilla, K., Heinzerling, K., Vries, D., Iyiewuare, P., & Diamant, A. (2017). *SUMMIT Study Protocol: Step-by-Step Procedures for Providing Screening, Brief Intervention, and Treatment Services to Primary Care Patients with Opioid or Alcohol Use Disorders*. RAND Corporation. https://doi.org/10.7249/TL219

Peaasjad. Nõustamine kanepitarvitajatele. https://peaasi.ee/valik-kanepinoustamine/

Pierce, M., Bird, S. M., Hickman, M., Marsden, J., Dunn, G., Jones, A., & Millar, T. (2016). Impact of treatment for opioid dependence on fatal drug-related poisoning: A national cohort study in England. *Addiction*, *111*(2), 298–308. https://doi.org/10.1111/add.13193

Primary Health Tasmania (PHT) (2024). Health in Tasmania, Primary Health Tasmania Health Needs Assessment 2025--28. https://www.primaryhealthtas.com.au/wp-content/uploads/2024/12/Primary-Health-Tasmania-needs-assessment-2025-28.pdf

Primary Health Tasmania (PHT) (2024). Health in Tasmania, Primary Health Tasmania Health Needs Assessment 2025--28. https://www.primaryhealthtas.com.au/wp-content/uploads/2024/12/Primary-Health-Tasmania-needs-assessment-2025-28.pdf

Primary Health Tasmania (PHT). Alcohol and other drugs. Alcohol and other drugs - Primary Health Tasmania

Primary Health Tasmania (PHT). Shared Transfer of Care. Kättesaadav: https://www.primaryhealthtas.com.au/for-health-

professionals/programs/connecting-care/shared-transfer-care/ (kasutatud 09.03.2025)
Rabheru, K., Conn, D. K., Butt, P. R., White-Campbell, M., Bertram, J. R., Porath, A. J., & Seitz, D. (2020). 347—Canadian Guidelines on Alcohol & Cannabis Use Disorders Substance Use Disorders in Older Adults. *International Psychogeriatrics*, *32*, 109. https://doi.org/10.1017/s1041610220002471
Ramadas, E., De Lima, M. P., Caetano, T., Lopes, J., & Dixe, M. D. A. C. R. (2023). Effectiveness of smartphone interventions as continuing care for substance use disorders: A systematic review. *Acta Psychologica*, *235*, 103898. https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2023.103898
Rao, R., Crome, I., Crome, P., & Iliffe, S. (2019). Substance misuse in later life: Challenges for primary care: a review of policy and evidence. *Primary Health Care Research & Development*, *20*, e117. https://doi.org/10.1017/S1463423618000440
Ray, L. A., Meredith, L. R., Kiluk, B. D., Walthers, J., Carroll, K. M., & Magill, M. (2020). Combined Pharmacotherapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adults With Alcohol or Substance Use Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open*, *3*(6), e208279. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.8279
Reist, C., Petiwala, I., Latimer, J., Raffaelli, S. B., Chiang, M., Eisenberg, D., & Campbell, S. (2022). Collaborative mental health care: A narrative review. *Medicine*, *101*(52), e32554. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000032554
Rosenberg, D. S., Iorfino, D. F., & Hickie, P. I. (2023). *Redesigning Primary Mental Health Care for Enhanced Access, Equity and Quality*.
SAMHSA. (s.a.-b). *Incorporating Peer Support Into Substance Use DisorderTreatment Services*.
Scott, C. K., Dennis, M. L., Grella, C. E., Watson, D. P., Davis, J. P., & Hart, M. K. (2023). A randomized controlled trial of recovery management checkups for primary care patients: Twelve-month results. *Alcohol: Clinical and Experimental Research*, *47*(10), 1964–1977. https://doi.org/10.1111/acer.15172
Scottish Government. 2019. Alcohol and Drug Partnerships: delivery framework. https://www.gov.scot/publications/partnership-delivery-framework-reduce-use-harm-alcohol-drugs/
Scottish Government. 2024. Alcohol and Drug Partnerships (ADP) 2023/2024 Annual Survey. https://www.gov.scot/publications/alcohol-drug-partnerships-adp-2023-2024-annual-survey/pages/1/
Scottish Government. Alcohol and drug policy: partnership working. https://www.gov.scot/policies/alcohol-and-drugs/partnership-working/
Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT). (2024, november 7). https://www.samhsa.gov/substance-use/treatment/sbirt
Sensus. Paide kliinik lõpetab senise tegevuse (s.a) Kättesaadav: https://www.sensus.ee/paide-kliinik-lopetab-senise-tegevuse (vaadatud 19.06.2025)
Siseministeerium (2021). Eesti narkopoliitika aastani 2030: Valge raamat. T*allinn: Siseministeerium.* https://www.siseministeerium.ee/sites/default/files/documents/2021-10/eesti_narkopoliitika_aastani_2030_valge_raamat_210x297mm_varvilisem.pdf
Srivastava, A., Clarke, S., Hardy, K., & Kahan, M. (2021). Facilitating rapid access to addiction treatment: A randomized controlled trial. *Addiction Science & Clinical Practice*, *16*(1), 34. https://doi.org/10.1186/s13722-021-00240-y
Stanojlović, M., & Davidson, L. (2021). Targeting the Barriers in the Substance Use Disorder Continuum of Care With Peer Recovery Support. *Substance Abuse: Research and Treatment*, *15*, 1178221820976988. https://doi.org/10.1177/1178221820976988
Tartu Ülikooli Kliinikum (TÜK). Sõltuvushäirete keskus. Sõltuvushäirete keskus - Psühhiaatriakliinik

Tervise Arengu Instituut (TAI) (2020). Audit-test alkoholi tarvitamise hindamiseks. Audit-test alkoholi tarvitamise hindamiseks | Tervise Arengu Instituut

Tervise Arengu Instituut (TAI) (2023). Ennetustegevuste tõendatuse taseme hindamine. https://www.tai.ee/et/valjaanded/ennetustegevuste-toendatuse-taseme-hindamine

Tervise Arengu Instituut (TAI) (2025). Koolitus „Uimastitarvitamise varajane avastamine ja lühisekkumine (UVAL)". Koolitus „Uimastitarvitamise varajane avastamine ja lühisekkumine (UVAL)" | Tervise Arengu Instituut

Tervise Arengu Instituut (TAI). Millal pöörduda spetsialisti poole? Spetsialisti abi – Alkoinfo.ee

Tervise Arengu Instituut (TAI). Nõustamisprogramm kanepitarvitajatele (VALIK programm). Nõustamisprogramm kanepitarvitajatele (VALIK programm) - Narko

Tervise Arengu Instituut (TAI). Sõltuvusravi, sh opioidisõltuvuse asendusravi. Sõltuvusravi, sh opioidisõltuvuse asendusravi - Narko

Tervisekassa (2024). Alkoholitarvitamise häire ennetus ja ravi. Perearstiabis – miks ja kellele. https://www.tervisekassa.ee/partnerile/raviasutusele/haiguste-ennetus/alkoholitarvitamise-haire-ennetus-ja-ravi

Tervisekassa (2025a). Sõltuvushäired. Alkoholi liigtarvitamise ennetus. Sõltuvushäired | Tervisekassa

Tervisekassa (2025b). Alkoholitarvitamise häire ennetus ja ravi. Eriarstiabis – alkoholitarvitamise häire ravi teenus. https://www.tervisekassa.ee/partnerile/raviasutusele/haiguste-ennetus/alkoholitarvitamise-haire-ennetus-ja-ravi#tab-eriarstile

Tran, M. T. N., Luong, Q. H., Le Minh, G., Dunne, M. P., & Baker, P. (2021). Psychosocial Interventions for Amphetamine Type Stimulant Use Disorder: An Overview of Systematic Reviews. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 512076. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.512076

Turki, M., Elleuch, O., Sahnoun, F., Mhiri, H. E., Guermazi, A., Ellouze, S., Halouani, N., & Aloulou, J. (2023). Are antidepressants addictive? A literature review. *European Psychiatry*, *66*(S1), S671–S671. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.1399

UK government Recovery Champion – annual report. (2021). Department of Health & Social Care. https://assets.publishing.service.gov.uk/media/6012a4998fa8f5654bfdbd9c/Recovery_Champion_First_Annual_Report.pdf

Urbanoski, K. A., Cairney, J., Bassani, D. G., & Rush, B. R. (2008). Perceived Unmet Need for Mental Health Care for Canadians With Co-occurring Mental and Substance Use Disorders. *Psychiatric Services*, *59*(3), 283–289. https://doi.org/10.1176/appi.ps.59.3.283

Urbanoski, K., Inglis, D., & Veldhuizen, S. (2017). Service Use and Unmet Needs for Substance Use and Mental Disorders in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *62*(8), 551–559. https://doi.org/10.1177/0706743717714467

Viljandi Haigla. Alkoholitarvitamise häirete ravi teenistus. https://www.vmh.ee/alkoholitarvitamise-hairete-ravi-teenistus

Watkins, K. E., Ober, A. J., Lamp, K., Lind, M., Setodji, C., Osilla, K. C., Hunter, S. B., McCullough, C. M., Becker, K., Iyiewuare, P. O., Diamant, A., Heinzerling, K., & Pincus, H. A. (2017). Collaborative Care for Opioid and Alcohol Use Disorders in Primary Care: The SUMMIT Randomized Clinical Trial. *JAMA Internal Medicine*, *177*(10), 1480. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.3947

Watson, T., Tindall, R., Patrick, A., & Moylan, S. (2023). Mental health triage tools: A narrative review. *International Journal of Mental Health Nursing*, *32*(2), 352–364. https://doi.org/10.1111/inm.13073

Westphaln, K. K., Regoeczi, W., Masotya, M., Vazquez-Westphaln, B., Lounsbury, K., McDavid, L., Lee, H., Johnson, J., & Ronis, S. D. (2021). From Arksey and O'Malley and Beyond: Customizations to enhance a team-based, mixed approach to scoping review methodology. *MethodsX*, *8*, 101375. https://doi.org/10.1016/j.mex.2021.101375

Wiercigroch, D., Sheikh, H., & Hulme, J. (2020). A rapid access to addiction medicine clinic facilitates treatment of substance use disorder and reduces substance use. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, *15*(1), 4. https://doi.org/10.1186/s13011-019-0250-1

Wiktorowicz, M., Abdulle, A., Di Pierdomenico, K., & Boamah, S. A. (2019). Models of Concurrent Disorder Service: Policy, Coordination, and Access to Care. *Frontiers in Psychiatry*, *10*, 61. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00061

Windle, A., Javanparast, S., Freeman, T., & Baum, F. (2023a). Evaluating local primary health care actions to address health inequities: Analysis of Australia's Primary Health Networks. *International Journal for Equity in Health*, *22*(1), 243. https://doi.org/10.1186/s12939-023-02053-8

Windle, A., Javanparast, S., Freeman, T., & Baum, F. (2023b). Factors that influence evidence-informed meso-level regional primary health care planning: A qualitative examination and conceptual framework. *Health Research Policy and Systems*, *21*(1), 99. https://doi.org/10.1186/s12961-023-01049-8

Wood, K., Giannopoulos, V., Louie, E., Baillie, A., Uribe, G., Lee, K. S., Haber, P. S., & Morley, K. C. (2020). The role of clinical champions in facilitating the use of evidence-based practice in drug and alcohol and mental health settings: A systematic review. *Implementation Research and Practice*, *1*, 2633489520959072. https://doi.org/10.1177/2633489520959072

Woods, C. E., Furst, M.-A., Dissanayake, M., Koerner, J., De Miquel, C., Lukersmith, S., Rosenberg, S., & Salvador-Carulla, L. (2024). Mental Health Care Navigation Tools in Australia: Infoveillance Study. *JMIR Public Health and Surveillance*, *10*, e60079–e60079. https://doi.org/10.2196/60079

World Health Organization. (2009). *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*. 110.

Youssef, A., Chaudhary, Z. K., Wiljer, D., Mylopoulos, M., & Sockalingam, S. (2019). Mapping Evidence of Patients' Experiences in Integrated Care: A Scoping Review. *General Hospital Psychiatry*, *61*, 1–9. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.08.004

Lisa 1. Leitud lisamaterjali

Nimi (hüperlingina)	Sisu kirjeldus
SAMHSA - ORCCA practise guide 2023	Opioidide üledooside vähendamine, Continuum of Care Approach
SAMHSA Best practices 2023	Parimad praktikad taastumist toetava majutusteenuse korralduseks (recovery housing)
SAMHSA Treatment Improvement Protocol 64	Kogemusnõustajate kaasamine uimastitarvitamishäire raviteenustesse
SAMHSA Guide 2022	Tõenduspõhiste praktikate (kultuurilise) kohandamise juhis väheste ressurssidega kogukondade jaoks
SAMHSA Guide 2021	Sõltuvushäirest taastumise toetamine tööhõive fookusega
SAMHSA Guide 2021 (komorbiidsus)	Komorbiidsete häirete ravi täiskasvanutel
"SUMMIT Study Protocol: Step-by-Step...	USAs toimunud uuringu ja selle osaks olnud sekkumismudeli põhjaliku ja praktilise kirjeldused ja juhised (sh kohtumiste, lühisekkumise, motiveerimise, ravi koordineerimise ja ravil püsimise toetamise jm elemente puudutavad materjalid
„Learn about the Collaborative Care Model“	Ameerika Psühhiaatria Assotsiatsiooni kodulehel materjal koostöise ravimudeli kohta
Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management	Suurbritannia riiklikud kliinilised juhised uimastite väärtarvitamise ja sõltuvushäire jaoks, sh sisaldavad põhjalikke juhiseid õigusrikkujatele pakutavate teenuste kontekstis (ptk 5)
Guidance for improving continuity of care between prison and the community	Suurbritannia juhendmaterjal raviteekonnal püsimise parandamiseks üleminekul vanglast kogukonda
Medication Assisted Treatment standards: access, choice, support	Šotimaa ravistandard uimastitarvitamise häirega inimestele suunatud teenuste osas
TICPOT: Trauma-Informed Care and Practice Organisational Toolkit	Austraalias loodud teenuste traumateadlikkuse hindamise ja rakendamise materjalid; viidatud ka Šotimaa teenusestandardites
Commissioning quality standard: alchohol and drug services	Suurbritannia valitsuse juhendmaterjal kohalikele omavalitsustele: kvaliteedistandard ja hindamisinstrument alkoholi- ja uimastitarvitamisele suunatud ravi- ja taastumisteenuste hindamiseks (teenuste hankimise kontekstis)
Residential drug and alcohol treatment: self-assessment toolkit	Suurbritannia valitsuse juhendmaterjal: statsionaarse rehabilitatsiooniteenuse pakkujate enesehindamise tööriist
Preventing drug and alcohol deaths: partnership review process	Suurbritannia valitsuse juhendmaterjal: alkoholi- ja uimastisurmade ennetamise analüüsi läbiviimine: partnerlusvõrgustiku hindamisprotsess
Continuity of care between prison and the community: self-assessment tool guidance	Suurbritannia valitsuse juhendmaterjal: Teenusepakkujate enesehindamistööriist ja juhend, mis aitab kohalikul tasandil hinnata vangla ja kogukonna vahelist hoolduse järjepidevust. Hõlmab juhtimist, andmehaldust, protsesse ning ravi katkestamise tegurite vähendamist. Keskendub

	uimastitarvitamise häirega kinnipeetavate toetamisele pärast vabanemist.
Continuity of care for prisoners who need substance misuse treatment	Suurbritannia valitsuse juhendmaterjal: auditeerimistööriist ja juhend andmete registreerimiseks vangla- ja kogukonnateenuste pakkujatele. Sisaldab juhiseid hoolduse järjepidevuse parandamiseks, auditi läbiviimiseks ja suunamis- ning raviprotsesside toetamiseks.

Lisa 2. Välisriikide mudelite ja praktikate koondtabelid

Tabelites käsitleme lähemalt üheksat mudelit või praktikat. Lähtuvalt sellest, mil määral sobituvad need mudelid või praktikad TAI ennetustegevuste tõendatuse taseme hindamise raamistiku põhjal kohandatud raamistikule, varieerub lugemismugavuse eesmärgil vastavalt sellele ka koondtabelis kajastatavate veergude arv.

Mudelid või praktikad, mille tõendatuse hindamiseks sobitub kohandatud raamistik heal või keskmisel määral, tabelid 1–4:

1. Rapid Access Addiction Medicine (RAAM) kliinikud
2. Veebipõhised otsustusabi ja süsteemis navigeerimise tööriistad
3. Väljatöö-põhised, intensiivne kliendikeskne kogukonnatoe (ingl k *Assertive Outreach/Assertive Community Treatment*) tüüpi mudelid
4. Intensiivne/kliinilist tüüpi juhtumikorraldus

Mudelid või praktikad, mille tõendatuse hindamiseks sobitub kohandatud raamistik vähesel määral, ent mis vastavad siiski käesoleva uuringu eesmärgile (sh tegu on kirjeldatud mudelite või praktikatega, mis toetuvad teoreetilisele raamistikule või loogikale ning mille mõju on vähemalt mõningaselt uuritud), tabelid 5–9:

5. Eestvedajad muutuste ellukutsumisel tervishoiuteenustes *(*ingl k *clinical champions)*
6. Taastumisele suunatud teenustesüsteemid (*Recovery Oriented Systems of Care*)
7. Teenuspakkujate partnerlusvõrgustikud
8. Alkoholitarvitamise häire integreeritud ravitiimid
9. Õigusrikkujate tugi vabanemiseelse ja -järgse toe (ingl k *throughcare)* mudeli alusel

1	Mudel: Rapid Access Addiction Medicine (RAAM) kliinikud (Kanada)
	Tõendatuse tase (kohandatud TAI raamistiku põhjal, kasutusvalmidus astmel 1-5): vastab vähemalt tasemele 3 (tõendatuse kvaliteet on kõrgem, ent rakendusvalmidus on piiratud tulenevalt olulisest arendusvajadusest ja nõudlikkusest tervishoiusüsteemile).

Mudeli lühikirjeldus: RAAM kujutab endas formaliseeritud koostööd erinevate teenuspakkujate vahel, mille keskmes on nn madala lävepakuga kliinik. RAAM kliinikud keskenduvad esmasele hindamisele, farmakoloogilise ravi alustamisele, lühinõustamisele, kahjude vähendamisele, triaaži sobivamaile ravitasandile ja edasistele tugi-, ravi- ja kogukonnateenustele suunamisele. RAAM kliinikute eesmärk on koostöö loomine erakorralise meditsiini osakondade, esmatasandi arstiabi ja spetsialiseeritud sõltuvusraviteenuste vahel, mis põhineb koostööpõhisel mudelil (ingl k *collaborative care model)* alusel. (Vähemalt teatud piirkohtades) lähtutakse korralduslikult *hub-and-spoke* mudelist[30]. Kliinikute töö ei ole uimastispetsiifiline; teadusuuringuid on enim opioidi- ja alkoholitarvitamise häire kohta.

Mudel panustab koostöö tagamisse, raviteekonna toetamisse; ravile pöördumise ja ravil püsimise toetamisse. Tugevaim tõenduspõhisus ravile pöördumise soodustamisel ja erakorralisse meditsiini pöördumise vähendamisel

Uuringud	Uuringu peamised tulemusnäitajad (käesoleva uuringu kontekstis)	Tõendatud positiivsed tulemused	Tulemuste püsivus/jätkuvus	Tõendatuse nihke hindamine	Tõendatuse koond-hinnang
Uuring 1: Corace jt 2023 **Retrospektiivne tervishoiuandmete kohortuuring (juht-kontroll-uuring), N=876** Probleemse **opioiditarvitamisega** inimeste seas (vanuses 15+) võrreldi 4 RAAM kliiniku kaudu teenustele sisenenud gruppi (N=440) vastavalt sobitatud kontrollgrupiga (kes ei sisenenud teenustele antud kliinikute kaudu, N=436).	Esmane tulemusnäitaja: **30 päeva** jooksul hinnatud koond**tulem**, mis koondab **erakorralise meditsiinilise osakonda (EMO) pöördumise** ja **haiglaravile sattumise ning suremuse määra**. Teisesed tulemusnäitajad: koond**tulemi osad eraldi** (ehk EMOsse pöördumise, hospitaliseerimise, suremuse määrad); liittulem **kitsendatuna opioididega** seotud pöördumistele ja suremusele; opioididega seotud pöördumine EMOsse; opiodidega seotud	Koondtulem näitas EMOsse ja haiglaravile pöördumise ja suremuse madalamat määra RAAM mudeli kaudu pöördunute seas (22.7% vs 30.3%, OR, 0.68; 95% CI 0.50-0.92). Koondtulem kitsendatuna opioididega seotud EMOsse pöördumistele, hospitaliseerimistele ja suremusele näitas RAAM mudeli eelist võrreldes kontrollgrupiga (6.4% vs 12.8%, OR, 0.47; 95% CI, 0.29-0.76). Ilmnes madalam hospitaliseerimise määr RAAM grupis nii üldiselt (2.1% vs 7.3%, OR, 0.27; 95% CI, 0.13-0.58) kui ainult opioididega seonduvalt	Tervishoiuandmeid vaadeldi 30 ja 90 päeva möödumisel teenusele pöördumisest. 90 päeva järel ilmnes RAAM grupis madalam hospitaliseerimise määr (6.6% vs 11.0%, OR, 0.60; 95% CI, 0.37-0.99) ja suremusriskis (OR, 0.19; 95% CI, 0.04-0.87)[32], liittulemi puhul ei ilmnenud statistiliselt olulist erinevust. Opioiditarvitamisele kitsendatud 90 päeva tulemites ilmnes RAAM grupis madalam määr liittulemis (11.8 vs 20.4%, OR, 0.52; 95% CI, 0.36-0.76), hospitaliseerimises (1.8% vs	Tõenduse kaudsus: madal (otseselt huvipakkuv mudel ja homogeenne sihtgrupp, opioide tarvitavad isikud) Uuring kirjeldab nii sekkumis- kui ka kontrollgrupi moodustamist. Valimi võimsuse osas	mõõdukas

[30] Vt ptk 4.1.
[32] Sündmuste vähesuse tõttu ei olnud võimalik esitada rühmapõhiseid andmeid.

	hospitaliseerimised; samad tulemid **90 päeva** jooksul.	(OR, 0.28; 95% CI, 0.10-0.77)[31]. Muud tulemid (EMOsse pöördumine üleüldiselt või opioididega seonduvalt; suremus): madalamad määrad RAAMi grupis, puudus statistiline olulisus.	5.0%, OR, 0.35; 95% CI, 0.15-0.79) ning EMOsse pöördumises (10.4% vs 15.4%, OR, 0.64; 95% CI, 0.43-0.96).	oli välja toodud puudusi, mis autorite hinnangul ei võimaldanud täiendavaid analüüse.	
Uuring 2: Srivastava jt 2021 **Juhuslikustatud kontrollgrupiga uuring, N=106** Võõrutusravi keskustest kaasati **potentsiaalse alkoholi- või opioiditarvitamise häirega isikud** (**N=106**). Sekkumisgrupi liikmetele pakuti vastuvõtuaeg ühte kahest lähedal asuvast RAAM kliinikust 1-3 päeva jooksul (lepiti kokku uuringuassistendi poolt, kes saatis neid esimesel visiidil), kontrollgrupi liikmetele anti infot lähedal asuva sõltuvusravikliiniku kohta.	Esmane tulemusnäitaja: ravile pöördujate osakaal 6 kuu jooksul, teisene: tervishoiuteenuste kasutamine 12 kuu jooksul.	Sekkumisgrupis ilmnes **oluliselt suurem ravile pöördujate** osakaal 6 kuu jooksul: vähemalt ühel vastuvõtul käis 85% sekkumisgrupist vs 29% kontrollgrupist (p<0.0001). **Ravi jätkamise määras erisust ei ilmnenud**: esimesel vastuvõtul käinutest jõudis teisele vastuvõtule ~60% mõlemast grupist. Sekkumisgrupis 12 kuud pärast randomiseerimist **vähem EMOsse pöördumisi** (6.39 inimese kohta, kontrollgrupis 13.02); enne randomiseerimist näitajad sarnased. Erinevus gruppide vahel oli statistiliselt oluline (p<0,05). **Muude tervishoiuteenuste kasutamises** statistiliselt olulisi erinevusi ei ilmnenud.	Hindamine toimus pärast 6 kuud (esmane tulemusnäitaja) ja pärast 12 kuud (teisene tulemusnäitaja) pärast võõrutusravi keskusesse pöördumist.	Tõenduse kaudsus: madal (otseselt huvipakkuv mudel ja sihtgrupp) Andmete puudulikkus järel-hindamiseks.	mõõdukas
Uuring 3: Wiercigroch jt 2020 **Vaatlusuuring**; **N=64** Ühte RAAM kliinikusse pöördunute digilugude analüüs kliiniku avamisele järgneva **26 nädala** jooksul.	Esmane eesmärk oli kirjeldada kliiniku ravimudelit, suunamisteekondi ja patsiendiprofiile; teiseselt hinnati farmakoloogilise ravi määramise määra ja ravitulemusi uuringuperioodi jooksul, sh ravis püsimise määra ning enesekohaselt raporteeritud ja objektiivseid	Vaatlusalusel perioodil **jätkas ravi samas kliinikus 42% patsientidest**, **23% suunati teise teenusepakkuja juurde** ja 34% katkestas. Alkoholihäirega patsientidest jäi ravile 50%, 14% suunati mujale ja 36% katkestas, opioiditarvitamise häirega olid vastavad näitajad 36%, 32% ja 32%.	Järelhindamist ei tehtud.	Tõenduse kaudsus: madal (otseselt huvipakkuv mudel ja sihtgrupp)	madal

[31] Sündmuste vähesuse tõttu ei olnud võimalik esitada rühmapõhiseid andmeid.

	muutuseid uimastite tarvitamiskäitumises. Ravi tulemuste hindamiseks võrreldi näitajaid esimese ja viimase visiidi vahel.	**Alkoholi tarvitamishäirega patsientide puhul tõusis kainete päevade arv** nädalas ja **vähenes alkoholikogus ja maksimaalne tarbitud jookide arv** nädalas (kõikide puhul p<0.001). Nimetatud tulemusnäitajad esmatasandi raviarsti või EMOst suunatud patsientide puhul olid statistiliselt olulised; võõrutusravilt suunatute puhul ei olnud muutused statistiliselt olulised. Ravile jäänud **opioiditarvitamise häirega patsientidest 65% andsid** hiljutisemal visiidil negatiivse uriiniproovi.			
Uuring 4: Hu jt 2019 **Retrospektiivne tervishoiuandmete vaatlusuuring; N=49** Opioidide võõrutusnähtudega EMOsse pöördunud opioidide tarvitamishäirega patsientide seas. Pöördujatele pakuti võimalust alustada farmakoloogilist ravi EMOs ja saada suunamine RAAM-kliinikusse ravi jätkamiseks.	Hinnati **ravi alustamise määra**, **ravitulemusi** 6 kuu möödumisel ning hospitaliseerimisi ja **EMOsse pöördumisi** 6 kuu jooksul.	Ravi vastuvõetavust ilmestab leid, et **pöördujatest 88% nõustus ravi alustamisega EMOs ja edasisuunamisega RAAM kliinikusse** (6% nõustus ainult ravi alustamisega, 6% nõustusid ainult edasisuunamisega). **Ligi 54% suunatutest pöördus esimesele vastuvõtule**. 6 kuu jooksul **ravil püsimise määr oli 37%**, ravil püsijate seas oli **oluliselt vähem EMOsse pöördumisi** 3 ja 6 kuu möödudes võrreldes ravi mittealustanute või katkestanutega.		Alkoholi-häirega võõrutusravilt suunatute arv oli väike (5). Tõendus ei ole kaudne (otseselt huvipakkuv mudel ja sihtgrupp).	madal

2	Praktika: veebipõhised triaaži/otsustusabi tööriistad optimaalse teenuste või teenustasandi leidmiseks (Austraalia)
	Tõendatuse tase (kohandatud TAI raamistiku põhjal): vastab vähemalt tasemele 3
Praktika lühikirjeldus: digitaalsed abivahendid, mis aitavad tervishoiutöötajatel teha tõenduspõhiseid otsuseid. Triaažile suunatud vahendid on spetsiaalsed otsustustoe vahendid, mida kasutatakse patsientide hindamiseks ja nende ravivajaduse kiireks määramiseks. Need tööriistad aitavad prioriseerida patsiente vastavalt sümptomite raskusastmele, suunata nad sobivaima ravi või spetsialisti juurde, standardiseerida otsustusprotsessi ja vähendada subjektiivsust. Sellised tööriistad võivad parandavad diagnostika täpsust, ravi järjepidevust ja ressursside tõhusat kasutamist. Panustab ravile pöördumisse (ning ravi määramisse)	

Uuringud	Uuringu peamised tulemusnäitajad (käesoleva uuringu kontekstis)	Tõendatud positiivsed tulemused	Tulemuste püsivus/jätkuvus	Tõendatuse nihke hindamine	Tõendatuse koond-hinnang, muud märkused
Uuring 1: Tai jt 2024 **Süstemaatiline ülevaade (N=69 uuringut) ja meta-analüüs (N=8 uuringut).** Hinnati klinitsistidele suunatud otsustusabi süsteeme (*clinician decision support systems,* CDSS) vaimse tervise, sõltuvushäirete ja koosesineva psüühika- ja sõltuvushäire ravi kontekstis. Meta-analüüsis hinnati juhuslikustatud kontrolluuringute tulemusi.	CDSS süsteemi tõhususe (*efficacy*) näitajad patsiendil (näiteks depressiooni skoor, üldine tervisehinnang, uimastitest hoidumine jms.); patsiendi rahulolu (*satisfaction*) ja CDSS kasutamise vastuvõetavuse (*acceptance*) näitaja patsientidel. Meta-analüüs viidi läbi randomiseeritud juht-kontroll uuringute põhjal - 8 uuringut tõhususe hindamiseks, mis sisaldasid 21 erinevat näitajat ja 5 uuringut patsiendi rahulolu ja vastuvõetavuse hindamiseks	Meta-analüüsi tulemuste järgi ei ilmnenud suurt efekti CDSS süsteemi rakendamisel uimastite tarvitamise ja vaimse tervise näitajatel (tõhusus) SMD −0.11, 95% CI −0.21, −0.01. Kuigi efekt on negatiivne, on see väga väike ja selle põhjal ei saa järeldada, et CDSS süsteemil ei võiks olla positiivset mõju uimastite tarvitamise vähendamisele. Patsiendi rahulolus ja vastuvõetavuses CDSS kasutamisega ilmnenud efekt SMD −0.50, 95% CI −0.33, −0.08 rahulolu ja tõhususe näitajates peegeldab uuringu autorite arvates CDSS süsteemi arengupotentsiaali praktikute hulgas. Kui praktikud omandavad rohkem oskusi CDSS süsteemi kasutamiseks, siis võib ka patsientide rahuolu kasvada.	Tulemuste püsivust ei ole uuringus kajastatud. Osad tulemusnäitajad koondati, kui neid oli hinnatud erinevatel ajahetkedel (näiteks, kui depressiooni hinnati 1, 6 ja 12 kuu möödumisel), siis tulem koondati)	Meta-analüüsis ilmnes tulemuste heterogeensus, mis on seletatav väga erinevate näitajate kaasamise tõttu (21 tulemusnäitajat tõhususe hindamisel). Samuti hinnati publikatsiooninihet, mis leidis kinnitust rahuolu ja vastuvõetavuse hindamisel. Publikatsiooninihe ei leidnud kinnitust tõhususe hindamisel. Tõenduse kaudsus: uuringu sihtgrupp on lai – sisaldab nii erinevate vaimse tervise probleemidega patsiente, kui ka uimastite tarvitajaid.	Hinnati kõikide kaasatud uuringute võimalike nihete riske iga uuringu jaoks sobivate skaaladega (Cochrane instrument randomiseeritud uuringute hindamiseks, Newcastle Ottawa hindamisskaala kohort, juht-kontroll, läbilõike uuringute ja RCT´de hindamiseks; CASP vahend kvalitatiivseks hindamiseks. Samas ei olnud tulemuste esitamisel arvesse võetud uuringute kvaliteeti ja neid vastavalt kvaliteedi hinnangu järgi analüüsitud. Tõendatuse koondhinnang madal või mõõdukas

Uuring 2: Watson jt 2023 **Narratiivne kirjandusülevaade, (N=57 uuringut)** Käsitleb vaimse tervise alast triaaži toetavaid töövahendeid.	Ei kohaldu otseselt. Tuuakse välja, et kirjanduses on kirjeldatud mitmeid antud tööriistade eeliseid, ent toetav tõendusmaterjal on hetkel veel napp.	Ei kohaldu	Ei kohaldu	Ei kohaldu
Uuring 3: Woods jt 2024 ***Infoveillance* meetodil ülevaade** Vaadeldi vaimse tervise abi süsteemist navigeerimist toetavad veebipõhiseid töövahendeid	Ei kohaldu otseselt. Tööriistade arv Austraalias viimase viie aasta jooksul hüppeliselt tõusnud, ületades riiklikul tasandil 100 erineva abivahendi piiri. Enamik neist on suunatud teenusesaajatele või tervishoiuspetsialistidele; sihtgruppide vahel on ka suur kattuvus. Enamik on suunatud spetsiifilisele terviseprobleemile või sihtgrupile; sh 13 suunatud alkoholi või muude uimastite valdkonnale. 7 abivahendit käsitles raviteekondi, toetas hindamist, ravikäsitlust ja teenusesaajate suunamist kohalikus tervisesüsteemis; neist neli olid loodud tervishoiuspetsialistidele, mõned neist rakendavad IAR-DST'st, riiklikku töövahendit astmelise abi süsteemis sobiliku teenustasandi valimiseks.	Ei kohaldu	Ei kohaldu	Ei kohaldu

3	Mudel: Assertive Outreach/Assertive Community Treatment/nende kohandatud versioonid (Šotimaa jt)
	Tõendatuse tase (kohandatud TAI raamistiku põhjal): vastab vähemalt tasemele 3
Mudeli lühikirjeldus: intensiivsed kogukonnapõhised sekkumised, mida kasutatakse peamiselt raske vaimse tervise häiretega inimeste toetamiseks. Mudelid keskenduvad väljatöö meetodil sekkumisele ja teenuste kättesaadavuse parandamisele, et jõuda abivajajateni, kes muidu ravisüsteemist eemale jääksid. Mudelid toimivad üldiselt multidistsiplinaarsete meeskondadena, kes pakuvad pakuvad paindlikku tuge, sealhulgas kriisisekkumist ja elukorralduslikku abi ning soodustavad abivajajate jõudmist neile sobilike teenusteni (või pakuvad teenuseid teenusesaajate keskkonnas).	

Uuringud	Uuringu peamised tulemusnäitajad (käesoleva uuringu kontekstis)	Tõendatud positiivsed tulemused	Tulemuste püsivus/jätkuvus	Tõendatuse nihke hindamine	Tõendatuse koond-hinnang
Uuring 1: Sharp jt 2025 **Kvalitatiivne uuring,** 23 intervjuud 25 isikuga (18 töötajat, 7 patsienti) Uuriti alkoholitarvitajatele suunatud *assertive outreach* teenust PCANOS, mille puhul esmatasandil töötav alkoholitarvitamise häire ravi pädevusega õde loob perearsti suunamise järel kontakti ja pakub kuni 12 nädala jooksul (peamiselt kodu)teenust patsientidele, kelle alkoholitarvitamisel on negatiivne mõju nende tervisele ja kes ei ole seni (edukalt) osalenud tavapärast kohalikku alkoholi- ja uimastitarvitajatele suunatud teenustel.	Selle uuringu tulemused viitavad, et PCANOSil on potentsiaali kaasata patsiente, kellel võib olla raskusi tavapäraste alkoholiravi teenustel osalemisega. PCANOSi kaudu suutsid alkoholiõed koostöös perearstide ja teiste praksise töötajatega kaasata patsiente ning pakkuda paindlikku, isikukeskset teenust, mis mõjutas positiivselt patsientide tarvitamiskäitumist ning üldist tervist ja heaolu.	Ei kohaldu	Ei kohaldu	Ei kohaldu
Uuring 2: Mohan et al 2022) **Kvalitatiivse uuringu raport** (sama uuring ja alusandmed kui Uuring 1 all kajastatu)	Kirjeldab põhjalikumalt teenuspakkumise mudelit ja uuringu tulemusi.		Ei kohaldu	Ei kohaldu	Ei kohaldu
Uuring 3: PCANOS Full evaluation (King 2022)	Tulemustena leiti, et teenus on suunatud sobivale sihtrühmale (sarnane profiil, mis alkoholist põhjustatud		Ei kohaldu	Ei kohaldu	Ei kohaldu

Hindamisraport, hinnati PCANOS teenust esimesel kahel aastal (2019—2021). Kasutati segameetodeid: andmeid NHS süsteemist (demograafilised näitajad, teave alkoholi jm uimastite tarvitamise osas, muud vaimsed/füüsilised tervisemured), patsientide teenuselt väljumise küsimustikku, perearsti tagasiside vorme ja teenuse auditi vorme. Küsimustiku said võimaluse täita nii perearstid kui ka teenusesaajad.	surmade raportis 2013). Positiivsed tulemused kõigis teenuse eesmärkide ja kriteeriumide lõikes; alkoholiravile teenustel osalemine suurenes (increased engagement) ning üldarstiabi, EMO ja haiglaravi kasutamine vähenes.				
Uuring 4: Abufarsakh jt 2023 **Süstemaatiline ülevaateuuring, N=29 uuringut**	Eesmärk hinnata ACT sekkumise mõju uimastitarvitamisele (uimastite tarvitamise raskusaste *(severity)*, sagedus, muutus uimastite tarvitamise mustris, hospitaliseerimise arv päevades, intoksikatsioon) raske psüühikahäirega inimeste puhul. Kaasatud uuringutest olid 14 kohort ning 15 juhuslikustatud kontrolluuringud (*controlled and randomized control designs*)	<u>Juhuslikustatud kontrolluuringud</u> Üks kõrge kvaliteediga uuring leidis uimastite tarvitamise vähenemise 6 kuu järgselt. Kahe kõrge kvaliteediga uuringu järgi ei leitud muutusi uimastite tarvitamise sageduses Samuti ei leitud usaldusväärseid tulemusi ACT sekkumise positiivsest mõjust tagasilanguse ja hospitaliseerimise vähenemisele. <u>Kohort uuringud</u> Kõik 14 kohort uuringud hindasid uimastite tarvitamise raskusastet ja 5 nendest raporteerisid alkoholi (**efekt 0.07 - 0.3**) ja uimastite (**efekt 0.06**) tarvitamise vähenemist viimasel kuul. Uimastite tarvitamise tagasilanguse, hospitaliseerimise ja intoksikatsiooni osas näitasid kaks uuringut hospitaliseerimise ja intoksikatsiooni päevade arvu vähenemist. *Samas tuleb arvesse võtta, et kohort uuringute kvaliteet jäi madalaks.*	ACT tulemuslikkuse hindamine varieerus 6 kuni 36 kuu vahemikus	Uuringute kvaliteeti hinnati instrumendiga, mis sobis nii kohort kui ka juhuslikustatud kontrolluuringud (RCT) uuringute hindamiseks. JADAD skaalat kasutati kontroll uuringu disaini (controlled design) hindamiseks. 6 RCT uuringu puhul leiti hea kvaliteedihinnang.	Uuringute kvaliteedi hindamine näitas puudusi uuringute disainis (puudulik arvestamine erinevate muutujatega, väike valim, uuringus osalejate pimendamisega *(blinding)* seotud vead) ja seetõttu tuleb tulemustesse suhtuda ettevaatlikkusega.

Uuring 5: Penzenstadler jt 2019 **Süstemaatiline ülevaateuuring, N=11 juhuslikustatud kontrolluuringut** Uimastitarvitamise häirega patsiendid	Vaadeldi ACT sekkumise efektiivsust seitsmele tulemile: uimastite tarvitamine, ravisse kaasatus, hospitaliseerimise määr, eluga rahulolu, elukoha staatus, ravimite võtmine, probleemid õigussüsteemis	Enamus kaasatud uuringutest raporteerisid uimastite tarvitamise vähenemist, aga ei ilmnenud ACT sekkumise suurem positiivne mõju tavapärase juhtumikorraldusliku sekkumise üle. Ülejäänud tulemite puhul olid tulemused vastuolulised.	Tulemuslikkuse hindamine 6 kuu möödudes 12 kuni 36 kuu jooksul	Uuringute kvaliteeti hinnati JADAD skaalaga, mis hindab uuringute randomiseerimist, pimendamist (*blinding*) ja uuringu populatsiooni kirjeldamist viie pallisel skaalal 11 uuringust, 3 uuringut said kõrge kvaliteedi hinnangu (3 palli).	Enamus kaasatud uuringutest olid madala kvaliteediga – tulemeid oli hinnatud erinevalt, mis teeb tulemuste üldistamise raskeks. Samuti ilmnesid puudused uuringutes osalejate randomiseerimisel ja pimendamisel. Kontrollgrupp oli heterogeenne. Lisaks oli sekkumisgrupp hetereogeenne ja kaasatud olid näiteks psühhootilise häirega ja püsiva elukohata isikud. Tulemusi tuleb tõlgendada ettevaatlikkusega.

4	Mudel: Intensiivne juhtumikorraldus (ingl k *intensive case-management*) (vaatlesime eeskätt Šotimaa praktikas, kasutuses ka mujal)
	Tõendatuse tase (kohandatud TAI raamistiku põhjal): vastab vähemalt tasemele 3
Mudeli lühikirjeldus: kõrgendatud intensiivsusega teenus, mis on suunatud keeruliste ja suure riskiga patsientide ravikorralduse optimeerimisele. See hõlmab individuaalset juhtumikorraldust, multidistsiplinaarset lähenemist ja proaktiivset jälgimist, et ennetada hospitaliseerimisi ning parandada patsientide elukvaliteeti. Panustab: koostöö tagamisse, raviteekonna toetamisse, ravil püsimise toetamisse	

Uuringud	Uuringu peamised tulemusnäitajad (käesoleva uuringu kontekstis)	Tõendatud positiivsed tulemused	Tulemuste püsivus/jätkuvus	Tõendatuse nihke hindamine	Tõendatuse koondhinnang
Uuring 1: Savic et al 2017 **Süstemaatiline narratiivne ülevaade**, N=14 uuringut. lõimitud ravi rakendamise strateegiaid hindavad empiirilistest uuringutest (1990—2014)	Ei kohaldu otseselt (toob esile üldiseid tegureid ja strateegiaid, mille puhul juhtumikorraldus kerkib esile). Uuriti tegureid ja strateegiaid, mis panustavad teenuste lõimitust a) sõltuvushäiretele suunatud teenuste vahel, b) sõltuvushäiretele suunatud teenuste ja muude teenuste (nt vaimse tervise, esmatasandi, sotsiaalmajutus- jt teenused). Leiti, et edukaks teenuste lõimimiseks on kriitilise tähtsusega piisav rahastus ja konkreetne tellimus (st lõimitud ravi on tellijate teenuste spetsifikatsioonides). Info jagamine ja **juhtumipõhine lähenemine olid võtmetähtsusega keerukate juhtumite käsitlemisel.** Edukat juhtumikorraldust ja teenuste lõimimist toetasid head koostöösuhted organisatsioonide vahel ning kliinilist tasandit iseloomustas ühine hooldusplaan ja vajaduste hindamine ka väljaspool oma kitsast eriala (ja vastavad koolitused). Osad uuringud soovitasid (tavaformaadis) koolituse asendada pikemaajalise juhendamisega.		Ei kohaldu	Ei kohaldu	Ei kohaldu
Uuring 2: Vanderplasschen et al. 2019 **Süstemaatiline ülevaade ja metaanalüüs, N=21 juhuslikustatud kontrolluuringut, kokku** 7431 osalejat. uimastitarvitamise häirete	Juhtumikorralduse üldine mõju suurus (effect size) võrreldes tavaraviga (treatment as usual, TAU) Juhtumikorralduse mõju uurimiseks kasutati 10 erinevat tüüpi tulemeid, mis kategoriseeriti kahte suuremasse gruppi: 1) raviga seotud tulemid (kokkupuuted erinevate teenustega - kontakti loomine kuritarvitajatele	Juhtumikorralduse üldine mõju võrreldes tavaraviga (treatment as usual, TAU) oli kõigis tulemuskategooriates mõõdetuna erinevatel ajaperioodidel **väike ja positiivne** (SMD = 0,18, 95% CI 0,07-0,28), kuid **statistiliselt oluline**. Mõju oli oluliselt suurem raviga seotud tulemite puhul (SMD = 0,33, 95% CI 0,18-0,48) kui isikliku toimetulekuga seotud tulemite puhul (SMD = 0,06, 95% CI -0,02-0,15). Suurimad mõju suurused leiti seoses	Keskmine hindamisaeg sekkumisest oli 6 kuud. Ühe uuringu puhul varieerus järelhindamine 1.5 kuni 12 kuud.	Uuringus ei ilmnenud publitseerimisnihet Kuna tulemusnäitajaid oli palju, siis ilmnes uuringute vaheline heterogeensus ning seetõttu viidi läbi täiendav analüüs teguritega, mis uuringu tulemusi võivad	GRADE järgi on tõendatuse aste mõõdukas kuni madal, kuna paljudes kaasatud uuringutes ilmnesid metodoloogilised puudused. Näiteks, ei olnud põhjalikult kirjeldatud randomiseerimise protseduuri, uuringust väljalangemine oli liiga kõrge ja selektiivne tulemusnäitajate raporteerimine

juhtumikorralduse tõhususe kohta	suunatud jm teenustega (tervishoid, sotsiaalteenused), ravil ja teenustel püsimine, rahuolu ja hoiakud ravi suhtes) ja 2) isiklikku toimetulekut puudutavad tulemid (uimastite tarvitamise sagedus ja tõsidus, terviseseisund, õigusrikkumised, riskikäitumine, sotsiaalne toimetulek)	**uimastitarvitamise ravil püsimise ja uimastiteenustega sidumisega** (ingl k *linkage with substance abuse services*)		mõjutada: juhtumikorralduse mudel, ravi staatus (saab/ei saa ravi), sekkumise koht (kogukond, õigussüsteem, tervishoiu asutus, sotsiaalasutus), populatsioon (mitme uimasti tarvitamishäire, alkoholitarvitamise häire, uimastit süstivad inimesed) ja sekkumise kvaliteet (nt kas manuaalipõhine). Täiendavad analüüsid uuringute vahelist heterogeensust ei kinnitanud

5	Praktika: *Clinical Champions* – muutuste eestvedajad tervishoius ja sotsiaalvaldkonnas (UK, Kanada)
	Tõendatuse tase: vastab vähemalt tasemele 3
Praktika lühikirjeldus: Muutuste eestvedaja (ingl k *clinical champion*) on tervishoius laialt kasutatud rakendusstrateegia, mis langetab uute praktikate kasutuselevõtu barjääre ja soodustab pingutuste tulemuslikkust. Mõjusus on ilmnenud eriti teenuspakkujaid puudutavate barjääride mõjutamisel ja teenuspakkujate käitumise muutmisel. (Suurbritannias on valdkonna arendamiseks loodud sarnane roll valitsuse juures (*Recovery Champion*), mille eesmärgiks on nõustada valitsust uimastitarvitamist puudutava poliitika ja praktika osas. Rolli kannab sõltuvusele spetsialiseerunud psühhiaater, kelle ülesanne on pakkuda sisendit süsteemi käekäigust ja avaldada survet nii riiklikule valitsusele kui ka kohalikele partneritele, et nad vastutaksid sõltuvusest taastuvate või taastumisprotsessi alustamist kaaluvate inimeste tervise parandamise eest.) Praktika panustab muutuste ellukutsumisse teenusepakkujate käitumises, mis võib omakorda panustada nii koostöö tagamisse, raviteekonna toetamisse; ravile pöördumise ja ravil püsimise toetamisse.		
Uuringud	**Uuringu tulemused**	**Tõendatuse kvaliteeti puudutavad märkused**
Uuring 1: Morena jt 2022 **Teoreetiline uuring** Kirjeldab varasema kirjanduse ja empiiriliselt tõendatud käitumise muutumise mudelite põhjal mehhanismid, mis seletavad muutuse eestvedajate rolli **teenusepakkujate seas** tõenduspõhiste praktikate kasutuselevõtu soosijatena	Uuring pakub praktikale teoreetilise raamistiku kahe põhjusliku raja (ingl k *causal pathways*) näol, mis käitumuslikku muutust soosivad. Esimene rada kirjeldab, kuidas eestvedajad **kujundavad kavatsust**, modelleerides antud praktikaid enda käitumise kaudu ja toetades kolleege. Teine rada puudutab **kavatsuste käitumuslikku teostamist, mida edendatakse** oskuste arendamise ja kolleegidele mentorluse pakkumise käigus.	Uuring toetub varasemale kirjandusele ja empiirilistele uuringutele.
Uuring 2: Wood jt 2020 **Süstemaatiline ülevaade,** N=13 artiklit Uurib muutuse eestvedajate rakendamist tõenduspõhiste praktikate kasutusele võtmise soodustamisel uimastitarvitajatele suunatud ja vaimse tervise **teenuste pakkujate seas**. Eesmärgiks oli kirjeldada muutuse eestvedajate rolli, ettevalmistust ja efektiivsust	Muutuse eestvedajate rakendamine ilmneb olulise komponendina valdkonnas praktikate muutmisel. Nende kasutamine seostus uute sekkumiste kiirema kasutuselevõtu ja püsivusega, lihtsustas süsteemsete barjääride ületamist ja töötajate kõrgema kaasatuse ja motiveeritusega.	Enamik uuringuid olid disainilt kvalitatiivsed või segameetodiga; kaks kvantitatiivsed. Uuringutes ei seatud valdavalt eesmärgiks muutuse eestvedajate rakendamise mõju hindamist, pigem läheneti kirjeldavalt.
Uuring 3: Miech jt 2018 **Integratiivne ülevaateuuring** (N=199 artiklit) Käsitleb muutuse eestvedajate **rakendamist tervishoiuga seotud kontekstides teenusepakkujate hulgas**	Neljas analüüsitud uuringus rakendati juhuslikustatud uuringudisaini: kolm juhuslikustatud kontrolluuringut ja üks kvaasieksperimentaalne uuring. Neist ükski ei käsitlenud uimastitarvitajatele suunatud praktikate rakendamist. Kahe juhuslikustatud kontrolluuringu **tulemused olid vastuolulised**: eestvedajaga grupid näitasid paremaid tulemusi osade tulemusnäitajate puhul ning kontrollgrupid teiste puhul. Kolmandal puhul ilmnes **eestvedajaid või väliseid protsessi soodustajaid**	Tõendus on pigem kaudne – puudutab küll tervishoiuvaldkonda, ent mitte spetsiifiliselt antud sihtgrupile koostöömudelite rakendamist. Paljud uuringud olid kvalitatiivsed. Tõendatuse koondhinnang pigem madal: kuigi oli ka juhuslikustatud kontrolluuringuid, olid tulemused vastakad.

(ingl k *external facilitators*) **kasutanud gruppide suurem edukus tulemusnäitajate osas võrreldes tavapärase praktikaga**. Kvaasieksperimentaalses uuringus **ilmnes eestvedajaga grupis kontrollgrupiga võrreldes oluliselt parem tulemus peamises tulemusnäitajas**.
Muutuse eestvedajate kasutamist puudutavaid šansisuhteid kajastanud uuringutes ilmnes positiivne mõju kuues uuringus seitsmest.
Keskse leiuna ilmnes (üle 80% analüüsitud artiklites), et muutuse eestvedajate kasutamine on üks mitmest võtmetegurist praktikate edukal rakendamisel.

6	Mudel: *Recovery Oriented Systems of Care* (ROSC) – taastumisele suunatud teenuste süsteem (Šotimaa)
	Tõendatuse tase: vastab vähemalt tasemele 3

Mudeli lühikirjeldus: Taastumisele suunatud teenuste süsteem (ROSC) on koordineeritud teenuste ja toetusmeetmete võrgustik, mille eesmärk on aidata uimastitarvitamise häiretega inimestel saavutada ja säilitada pikaajaline toimetulek. Selles rõhutatakse isikukeskset, terviklikku lähenemisviisi, mis integreerib kliinilise ravi, kogemuspõhise toetuse erinevad vormid ning eluaseme-, tööhõive- ja sotsiaalteenused, et tegeleda nii uimastitarvitamise kui ka üldise heaoluga. Mudeli teoreetiline raamistik lähtub muuhulgas tugevalt taastumiskapitali (recovery capital) kontseptsioonist, mis viitab inimese sotsiaalsetele, isiklikele ja kogukondlikele ressurssidele, mis aitavad saavutada ja säilitada pikaajalist toimetulekut. Kesksel kohal on seeläbi ka selle kapitali kasvatamiseks loodud sekkumised ja teenused (Recovery Support Services, RSS), mida sageli osutatakse paralleelselt traditsiooniliselt väljakujunenud ravistruktuuridele.

Mudel panustab koostöö tagamisse, raviteekonna toetamisse; ravile pöördumise ja ravil püsimise toetamisse.

Uuringud	Uuringu tulemused	Tõendatuse kvaliteeti puudutavad märkused
Uuring 1: Day jt 2025 **Kiire ulatusülevaade** (rapid scoping review), mis viidi läbi Kelly 2017 süstemaatilise uuringu tulemuste ajakohastamiseks (vaadeldi pärast seda avaldatud uuringuid). Uuriti **taastumise tugiteenuste** (RSS) **rolli** taastumisele orienteeritud **teenuste süsteemis** (ROSC) ning nende mõju pikaajalisele taastumisele ja tagasilanguse ennetamisele. Viidi läbi süstemaatiline kirjanduse otsing kuue RSS tüübi kohta, koostati nende narratiivne ülevaade ning asetati ROSC mudelisse. Analüüsi olid kaasatud kõigile uimastitele suunatud teenused täisealises elanikkonnas	Neli kuuest RSS vormist osutusid tugevalt tõendatuks. **Tööhõivet tõstvate sekkumiste** puhul ilmnes suur positiivne mõju. Varajasse taastumisfaasi suunatud **jätkutoe-sekkumised** näitasid väikest, kuid statistiliselt olulist kasutegurit. **Kogemusnõustajate poolt pakutavad sekkumised**, mille eesmärk oli inimesi siduda tugitegevustega ja soodustada ravile pöördumist, seostusid vähenenud tagasilanguse ja taashospitaliseerimise määradega, suurenenud osalusega ning suurenenud sotsiaalse toetusega muutustele. **Taastumist/kainet elu soosiva majutuse (recovery housing,** nt Oxford House mudel**)** uuringud on samuti näidanud positiivseid tulemusi. Taastumiskeskuste (RCC) või haridusasutustes pakutavate taastumise tugiteenuste (RSS) kohta kontrollitud uuringuid ei leidunud.	Hinnatud ei ole mudelit tervikuna. Esitatud tõendid kirjeldavad mõningaid taastumisele orienteeritud süsteemi komponente paljudest. Autorid toovad esile, et pole lihtsat viisi mõõta mõju (või selle puudumist) lähenemisviisi rakendamisel kohalikul tasandil. Uuringus keskendutakse juhuslikustatud kontrolluuringute tulemuste koondamisele. Käsitletakse mitmeid uuringuid ja sekkumisi; mitmete puhul on tehtud ka pika-ajalisemaid hindamisi.
Uuring 2: Kelly 2017 **Süstemaatilise ülevaade** tulemusi kokku võttev uuringuraport. Viidi läbi süstemaatiline kirjanduse otsing kuue RSS tüübi kohta. Keskenduti esmalt juhuslikustatud kontrolluuringutele, nende puudumisel ka teistele, eelistusel eksperimentaalsetele või kontrollgrupiga uuringutele.	**Kogemusnõustamisel põhinevate teenuste** kohta ilmnes potentsiaali tarvitamise vähendamises, teenustele pöördumises ja teenustel püsimises. **Taastumiskogukonna keskuseid** puudutava tõendusmaterjali hulk ja üldistatavus oli napp, aga tulemusi hinnati paljulubavaks, mh kainuse säilitamisel. **Vastastikuse abi organisatsioonide** (eeskätt AA) puhul ilmnes tugev tõendatus tarvitamise vähenemisele ja püsiva remissiooni saavutamisele. **Haridusasutustes pakutavaid taastumise tugiteenuseid** käsitlevad uuringud viitasid tarvitamiskäitumises ilmnenud muutustele, ent polnud võimalik osutada põhjuslikule rollile selles.	Samad märkused, mis Day jt 2025

Taastumist/kainet elu soosiva majutuse (*recovery residencies*, nt Oxford House) on näidanud häid tulemusi kainuse säilitamisel jm tulemusnäitajate saavutamisel; tõendatuse kvaliteet mõõdukas. **Kliiniliste mudelite alusel pakutava jätkutoe ja taastumise „kontrollkohtumiste“** puhul ilmnes tõendatuse tugev kvaliteet, keskmine mõju.

7	Praktika: (teenuspakkujate) partnerlusvõrgustikud (esmatasandiga) koostöö arendajate ja teenuspakkumise koordineerijatena (Šotimaa, Austraalia)
	Tõendatuse tase (kohandatud TAI raamistiku põhjal): piirkondlikud tervisevõrgustikud asetuvad teatavate mööndustega tõendatuse astmel kolmandale tasemele. Käesoleva uuringu sihtgrupi lõikes on tegu pigem kaudse kvaliteediga tõenditega, mis ei võimalda hinnata mõju antud uuringu põhiliste uurimisküsimuste lõikes.

Praktika lühikirjeldus
Austraalia: riiklikult rahastatud mittetulunduslikud organisatsioonid, mille eesmärk on parendada tervishoiuteenuste tõhusust ja tulemuslikkust. Nende organisatsioonide rolliks on eelkõige koordineerida ja integreerida kohalikke tervishoiuteenuseid koostöös kohalike haiglavõrgustikega. Tegeletakse tervisealaste vajaduste hindamisega ja sellest lähtuva teenuste planeerimise, hankimisega olemasolevatelt organisatsioonidelt, ja tegevuste hindamisega). Samuti panustatakse esmatasandi tervishoiuteenuste osutajate – perearstide, apteekrite, õdede jt – ja vaimse tervise teenuste pakkujate toetamisse (nt koolituste, õppe- ja juhendmaterjalide abil), et parendada teenuste kvaliteeti ja tugevdada esmatasandi tervishoiusüsteemi. Tervisevõrgustike tegevusega soovitakse tagada, et tervishoiuteenused oleksid paremini lõimitud, kättesaadavad ja vastaksid kogukonna vajadustele, vähendades seeläbi haiglaravi vajadust ja parandades patsientide kogemusi tervishoiusüsteemis.
Šotimaa: koostöökorralduslik struktuur: tervise- ja sotsiaalvaldkonna partnerlusvõrgustikud (Health and Social Care Partnership, HSCP), mis teevad tihedat koostööd alkoholi- ja uimastiteenuste partnerlusega (ADP). Rahastus tuleb peamiselt NHS-ist ja kohalikust omavalitsusest, riiklik otserahastus puudub. HSCP-del on sageli väike täistööajaga tuumiktiim, samas kui võtmerollides töötavad muude organisatsioonide esindajad konkreetsete vastutustega. HSCP-d planeerivad, korraldavad ja rahastavad integreeritud tervise- ja sotsiaalvaldkonna teenuseid, ADP-d osalevad protsessis nõuandva rolliga. Oluline on lai sidusrühmade kaasatus otsuste langetamisse, kuhu kuuluvad omavalitsused, NHS nõukogud, politsei, vanglateenistus, kolmanda sektori organisatsioonid ning teenuste tarvitajad ja nende lähedased.
Praktika eesmärk on panustada koostöö tagamisse, raviteekonna toetamisse.

Uuringud	Uuringu tulemused	Tõendatuse kvaliteeti puudutavad märkused
Uuring 1: Australian National Audit Office 2024 **Audit** Hinnati valitsuse tööd piirkondlike tervisevõrgustike tulemuslikkuse juhtimisel	Audit tõi esile, et tulenevalt andmekogumise probleemidest on keerukas hinnata, kas mudeli kasutuselevõtt on täitnud sätestatud eesmärgid: raporteeritud näitajates võib mõnel puhul näha positiivset muutust (alkoholi ja uimastitega seotud näitajates minimaalselt [33]), valdavalt puudub aga info baastaseme kohta enne mudeli rakendamist; kogutud teave ei ole sageli tulemuslikkuse osas kõnekas. Erinevatele tegevustele, pilootprojektidele ja katsetustele on tehtud küll hindamisi, kuid erinevaid hindamisi ei ole sünteesivalt analüüsitud, selgitamaks välja, kas erinevates tegevustes ilmnes sarnaseid probleeme.	Mudeli aluseks olev programmiloogika (eesmärgid, sisendi andjad, osapooled, väljundid ja tulemid) sõnastati 2015 a, (uuendati 2018, 2023). 2018. a versioon sisaldab ”muutuse teooriat”, mis pakub konteksti elementidevahelistele seostele, kuid ei viita laiemale teoreetilisele raamistikule). 2023. a versioonis see puudus; 2025. aasta märtsis uuendatud dokument sisaldab seda[34]. Ükski versioon ei käsitle võimalikke ettenägematuid tulemusi või kahjulikke tagajärgi. Toimuvad iga-aastased hindamised Tõendatuse koondhinnang madal
Uuring 2: Windle jt 2023 (Austraalia) **Kvalitatiivne uuring** Intervjuud ja dokumendianalüüs.	Tõi esile keskvalitsuse märkimisväärset piiravat mõju tegevuste ulatusele, ajale ja rahastusele	Hõlmas kõiki 31 piirkondlikku tervisevõrgustikku.

Uuring 3: Bates jt 2022 (Austraalia) **Kvalitatiivne uuring** Intervjuud ja dokumendianalüüs.	Uuriti teenustehankimise mudelit; leiti, et see on kontseptuaalselt sobilik kohalike esmatasandi tervishoiu prioriteetide tuvastamiseks ja täitmiseks, tuues kokku erinevad sidusrühmad. Võrgustike töötajad kasutasid oma teadmisi kontakte asjakohaste teenuste kujundamiseks. Mudeli edukust võisid mõjutada lühikesed rahastustsüklid ja planeerimisperioodid, keskendumine pigem riiklikele kui kohalikele prioriteetidele ning püsiv tegevustoetuse vähendamine	Hõlmas üht piirkondlikku tervisevõrgustikku.
Uuring 4: Freeman jt 2021 (Austraalia) **Kvalitatiivne uuring** Intervjuud ja dokumendianalüüs.	Kirjeldas olulist piirkondlikku varieeruvust võrgustike ning osariiklike osapoolte koostöös: olgugi, et mõnel puhul olid suhted nigelad, esines ka tugevat koostööd ja koordineeritust teenuste hankimisel	Hõlmas kõiki 31 piirkondlikku tervisevõrgustikku.
Uuring 5: Falconer & Tang 2023 **Kvalitatiivne ülevaade,** milles kirjeldatakse, kui hästi sõltuvushäirete kahjude vähendamisele suunatud strateegiad võtavad arvesse stigmaga seotud raskusi Šotimaal.	Šotimaal on 31 võrgustikku (Alcohol and Drug Partnerships – ADPs), mis vastutavad alkoholi ja uimastite tarvitamisega seotud probleemide lahendamis eest, töötades välja strateegilisi plaane kohalikul tasandil. Ülevaate eesmärgiks oli uurida, kuivõrd oli strateegiates võetud arvesse stigma adresseerimist ja kas lähenemine oli tõenduspõhine. Analüüsi kaasati 24 strateegiat. Analüüsi tulemustes toodi välja neli peamist teemat: **Teema 1**: Puudus selgus ja järjepidevus, kuidas stigmaga seotud probleemidega tegeletakse. Enamik strateegiatest tõid välja hariduse, kampaaniate ja sõltuvusest vabanemise nähtavuse suurendamise, aga ei olnud kirjeldatud, kuidas seda tehakse ja kuivõrd on arvesse võetud tõenduspõhisust nende tegevuste elluviimisel.	Tegemist on kvalitatiivse uuringuga ja tugineb seetõttu autorite interpretatsioonile stigma käsitluses. Eesmärgiks oli anda ülevaade strateegiatest, mitte hinnata objektiivselt strateegiate kvaliteeti või efektiivsust.

[33] Näiteks AOD1: osakaal hankelepingutes hõlmatud teenuspakkujatest, kes aktiivselt teenuseid pakuvad; või AOD2: formaalsete partnerluste arv kohalike teenuspakkujatega. Kummagi indikaatori puhul ilmneb, et juba esimesel raporteerimisperioodil oli saavutatud võrdlemisi kõrge tase, mis järgmise kahe perioodi jooksul oluliselt ei tõusnud.

[34] *Theory of Change: PHNs understand the health needs and local health system of their respective regions. PHNs use this knowledge to implement effective commissioning, capacity-building and coordination of health care in their region. PHNs are therefore best placed to deliver targeted and tailored approaches that improve the health outcomes of their community*. Allikas: https://www.health.gov.au/resources/publications/primary-health-networks-phn-program-logic

	Teema 2: Uimasteid tarvitavate inimeste kaasatus nende ravi ja tugiteenuste otsustes. Näiteks inimesekeskne toetus kajastus enamus strateegiates, aga puudus seletus, kuidas see praktikas välja näeb ja kuidas inimesekeskset lähenemist tuleks ellu viia. Samuti toodi strateegiates välja uimasti tarvitamise kogemusega inimeste kaasamist otsustusprotsessidesse, aga puudus konsensus, kuidas seda kõige paremini teha. **Teema 3**: Uimasteid tarvitavate inimeste käsitlemine väljapool õigussüsteemi ja nende toetamine erinevate teenustega. Strateegiates oli küll välja toodud, et uimasteid tarvitavaid inimesi tuleks näha, kui abivajajaid ja mitte neid karistada ning austada nende inimõigusi, aga puudus seletus, kuidas seda tehakse. **Teema 4**: Uimastite tarvitamise probleemi mitmetahulisus ja mitmete tegurite arvestamine probleemiga tegelemisel - ebavõrdsus tervises, vaesus ja traumaatilised elusündmused. Strateegiad tõid välja traumatundliku lähenemise olulisuse, koostöö tegemise ja toetavad kogukonnad, aga ei olnud selgitatud, mida selle all täpsemalt silmas peetakse.	
Uuring 6: Pearson & Watson 2018 **Kvalitatiivne uuring** tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi integratsioonist Šotimaal. Selleks viidi läbi 20 intervjuud ja 4 fookusgruppi 65 osalejaga tervise, sotsiaalhoiu ja kolmanda sektori praktikute ning spetsialistide hulgas.	Üldine eesmärk on ühendada esmatasandi ja eriarstiabi süsteem teiste süsteemidega kohalikul tasandil ja kolmandas sektoris - näiteks pikaajaline hooldus, haridus, rehabilitatsioon ja tööhõive teenused, et parandada inimese heaolu. Uuring tõi välja: 1. Integratsiooni toetasid pea kõik uuringus osalenud 2. Takistustena toodi välja tervisesüsteemi liigset tsentraliseeritust, eelarve killustatust ja eelarve kärpeid erinevate süsteemide lõikes, IT süsteemide kohaldamine 3. Vastutuse jagamine süsteemide vahel, näiteks võimu tasakaalu raskused sotsiaalhoiu ja kolmanda sektori vahel	Tegemist on kvalitatiivse uuringuga Šotimaal ja kirjeldab intervjuudest välja tulnud murekohti, millega tervise ja sotsiaalsüsteemi integreerimisel arvestada. Tegemist ei ole süsteemi tulemuslikkust hindava uuringuga.

	4. Inimsuhetega seotud aspektid – integratsioonis on olulised koostöö suhted inimeste vahel, mitte muutused struktuuris.	
Uuring 7: Drug and Alcohol Services (Audit Scotland 2022) **Audit,** milles antakse ülevaate Šotimaa alkoholi- ja uimastitarvitamisega seotud tervisekahjudest ja surmadest; antud probleemide lahendamisele suunatud teenuste tõhususest, juhtimisest ja rahastamisest, hinnates muutuseid võrreldes varemate auditite ga ning tuues esile kitsaskohad teenuste osutamises, koostöös ja tulemuslikkuse mõõtmises.	Tuvastatakse nii ADP'de väljakutseid kui ka arenemisvõimalusi, sh teenuste koordineerimisel. Vaatamata ADP'de strateegilisele rollile kohalike meetmete koordineerimise valdkonnas, puudub tugev tõendusmaterjal ADP'de mõjust uimastitarvitajatele suunatud teenuste tulemuslikkusele. Siiski on ellu kutsutud innovaatilisi praktikaid ja positiivsed algatusi. ADP'd tegelevad keerukas juhtimisstruktuuris ning vajavad senisest selgemat rollide ja vastutusalade määratlemist, et soodustada asutustevahelist koostööd. Tunnustatakse ADP'de potentsiaali, ent selle realiseerimiseks on vaja olulisi reforme, nt tugevamate juhtimismehhanismide või integreerimise kaudu ühtsemasse riiklikku raamistikku.	Audit tugineb sekundaarsetele andmetele, mitte esmast andmekogumist hõlmanud uuringule. Autorid toovad välja, et alusandmed teenuste kohta on sageli puudulikud, killustatud ja aegunud ning aruandlus on piirkonniti ebaühtlane. Tegu pole range metoodikaga mõju hindamisega, vaid pigem üldise poliitikaanalüüsiga, milles tuuakse esile, et mitmete hiljutisemate poliitikamuudatuste tulemuslikkuse hindamiseks on veel vara.
Uuring 8: Public Health Scotland – National Benchmarking Report on the implementation of the Medication Assisted Treatment (MAT) Standards 2024 **Võrdlusaruanne**, milles hinnatakse ADP'de tegevust farmakoloogiliselt toetatud ravi standardite[35] rakendamisel.	90% ADP'dest on täielikult rakendanud standardid 1-5, mis on võimaldanud olulisi edusamme teenustele ligipääsus, valikuvõimalustes ja ravi järjepidevuses. Tuuakse esile asutustevahelise koostöö paranemist, eriti õigussüsteemis (vanglad, politsei ja tervishoiu vahel). Olulist puudujääki tajutakse vaimse tervise teenuste lõimituses, pereliikmete kaasamises ja traumateadlike teenuste pakkumises; märkimisväärne tegur selles on personalipuudus. Tähelepanu soovitakse pöörata tervikliku lähenemise arendamisele segatarvitamise puhul ja paremale teabevahetusele erinevate teenuspakkujate vahel.	Aruanne põhineb ADP'de raporteeritud andmetel, mida ei ole eraldiseisvalt verifitseeritud. Ei hinnatud kliinilisi või sotsiaalseid tulemeid või kliendikogemusi ega kvalitatiivseid andmeid. Aruanne keskendub eeskätt sellele, kas koostööstruktuurid ja -protsessid on formaalselt olemas, ent ei hinnata nende tulemuslikkust või kvaliteeti.

[35] Nimetatud ravistandardid seisnevad 10 tõenduspõhises teenuste pakkumise printsiibis, nende põhjendustes ning kvalitatiivsetes ja kvantitatiivsetes hindamisalustes standardite saavutatuse osas. Standardid: 1) pöördumisega samal päeval ravi alustamise võimalus, 2) informeeritud otsuse toetamine farmakoloogilise ravi osas, 3) kõrge tervisekahju riskiga inimeste proaktiivne tuvastamine ja ravi alustamise/jätkamise pakkumine, 4) tõenduspõhise kahjude vähendamise pakkumine, 5) tugi ravi jätkamiseks nii kaua kui inimene soovib, 6) psühholoogiliselt informeeritud raviteenused (tase 1) või regulaarne tõenduspõhiste väheintensiivsete psühhosotsiaalsete sekkumiste pakkumine (tase 2) ning tugi sotsiaalse võrgustiku kasvatamiseks, 7) valikuvõimalus saada ravi esmatasandi teenuspakkujalt, 8) ligipääs sõltumatule esindamisele (*independent advocacy*) ja sotsiaaltoele, 9) komorbiidse psüühika- ja sõltuvushäirega inimestel on võimalik saada vaimse tervise tuge osana ravist, 10) traumateadlik teenusepakkumine. (*Medication Assisted Treatment (MAT) Standards for Scotland*, 2021)

8	Mudel: Alcohol Care Teams / Alcohol Liaison Teams (UK/Šotimaa)
	Tõendatuse tase (kohandatud TAI raamistiku põhjal): vastab vähemalt tasemele 3
Mudeli lühikirjeldus: haiglapõhised multidistsiplinaarsed meeskonnad, mis pakuvad erialast abi alkoholsõltuvusega patsientidele. Nende eesmärk on vähendada alkoholiga seotud haiglaravi ja parandada patsientide ravitulemusi, pakkudes varajast sekkumist, meditsiinilist juhtimist, lühisekkumisi, kahjude vähendamist ja suunamist esmatasandile, kogukonnatasandi teenustele või rehabilitatsiooni. Panustab: koostöö tagamisse, ravi parandamine		

Uuringud	Uuringu tulemused	Tõendatuse kvaliteeti puudutavad märkused
Uuring 1: Kools jt 2022 **Segametoodiline uuring**, mille käigus kasutati 1) **kontaktide sageduse ja läheduse mõõtmisi** sotsiaalse võrgustiku analüüsis ja 2) poolstruktureeritud intervjuusid, mida analüüsiti temaatiliselt. Uuringu eesmärk on hinnata uuenduslikku interdistsiplinaarset alkoholi tarvitamise häire ravi algatust üldhaigla osakonnas, 1) selgitades välja, millised ja millisel määral on kaasatud võrgustikupartnerid ja 2) uurides, kuidas võrgustikupartnerid kogesid interdistsiplinaarset koostööd. Vastajad olid ühe üldhaigla osakonna interdistsiplinaarse koostöö **võrgustikupartnerid**, kelle värbas algselt koostööprojekti juht.	Sotsiaalse võrgustiku analüüsis tuvastati 16 võrgustikupartnerit, sealhulgas „tuumikvõrgustik“, mis koosneb viiest kesksest võrgustikupartnerist nii haigla sees kui ka väljaspool. **Projektijuhil** oli võrgustikus keskne roll. Võrgustikupartnerite vahelist lähedust kogeti sõltumata kontakti sagedusest, kuigi see kehtis eriti „tuumikrühma“ puhul, mis koosnes (peaaegu) alati samadest võrgustikupartneritest, kes osalesid iga kahe nädala tagant toimuvatel kohtumistel. Intervjuud näitasid, et võrgustiku tuumikpartnerite kohalolek oli tõhusa koostöö jaoks otsustava tähtsusega. Vastajad soovisid teadmisi koostöö tõhususe kohta ning ühte struktureeritud protokolli koos töökorra, vastutuse jaotuse ning teabevahetuse ja tagasiside kokkulepetega. Leiti, et kõnealuse interdistsiplinaarse koostöö ülesehitusel on potentsiaal alkoholitarvitamise häirega haiglapatsientide ravi parandamiseks ning kaasatud võrgustikupartnerid hindasid seda positiivselt. Interdistsiplinaarne koostöö võib pakkuda kriitilist lahendust, et suurendada alkoholitarvitamise häirega patsientide ravimäärasid, ning seda tuleks haiglates laialdasemalt kasutusele võtta. Vaja on uuringuid interdistsiplinaarse koostöö tõhususe kohta AUD-ga haiglaravil viibivate patsientide ravis.	Tegemist ei ole mudeli tulemuslikkust hindava uuringuga.
Uuring 2: Moriarty 2020 **Narratiivne ülevaade,** mis annab ülevaate Suurbritannia alkoholiravitiime puudutavast tõendusmaterjalist.	Tuuakse välja, et alkoholiravi tiimid vähendavad akuutse haiglaravi vajadust, korduvhospitaliseerimist ja suremust ning parandavad alkoholi tarvitamishäire ravi kvaliteeti ja tulemuslikkust. Töö tugineb 11 tõenduspõhist ja kulutõhusat komponendil. Tõhus mudel põhineb klinitsisti juhitud multidistsiplinaarsel meeskonnal koos integreeritud raviteekondadega, mis ühendavad esmatasandi, eriarstiabi ja kogukonnateenused. Oluline on koordineerida tööpõhimõtted erakorralise meditsiini osakondade ja akuutravi üksustega, tagada igapäevaselt	Artiklis ei hinnata süstemaatiliselt ülevaatesse hõlmatud artiklite tõendatuse kvaliteeti; esitatakse eeskätt mudelit toetav tõendusmaterjal.

	kättesaadav alkoholiõe teenus. Lisaks on hõlmab mudel psühhiaatriat, assertive outreach tiimi ja maksahaiguste pädevusega gastroenteroloogide kaasamist.	
Uuring 3: Webb et al 2022 **Projekti raport**, kirjeldab multidistsiplinaarsete meeskondade töö tulemuslikkust ja korraldust alkoholsõltuvusega patsientidel Inglismaa tervishoiuasutuste näitel.	Struktureeritud meeskonnatöö rakendamisel vähenes märkimisväärselt alkoholist tingitud hospitaliseerimiste arv, ravi pikkus, ning suurenes ravis osalejate hulk. Enamikus haiglates pakuvad spetsialiseeritud õed nõustamist alkoholiga seotud terviseriskide osas, koos psühhiaatrite ja somaatilise meditsiini spetsialistidega. Meeskonnad on kättesaadavad seitse päeva nädalas, kuigi mitte ööpäevaringselt. Akuutsete seisundite tuvastamiseks rakendatakse erakorralise meditsiini osakondades Paddingtoni alkoholi testi, rutiinseks skriinimiseks kasutatakse AUDIT testi. Meeskonna efektiivsust tõstavad oluliselt konsultandid, kes vastutavad strateegilise planeerimise eest ning edendavad koostööd kogukondlike ja esmatasandi tervishoiuteenustega. Hospitaliseerimiste ja taas-hospitaliseerimiste vähendamiseks on kriitilise tähtsusega koostöö erakorralise meditsiini, politsei, sotsiaalsüsteemi ning esmatasandi teenustega. Kulutõhususe analüüsid kinnitavad, et multidistsiplinaarne lähenemine vähendab tervishoiukulusid ning parandab ravitulemusi. Efektiivne töö eeldab lisaks süsteemset koolitust nii õdede väljaõppes kui ka haigla siseselt ja koostööpartnerite hulgas.	Aruanne tugineb eeskätt sekundaarsetele andmetele (poliitikadokumendid, varasemad hindamised) ja üksikute asutuste põhistele ja/või enesekohaselt raporteeritud juhtumiuuringutele. Viidi läbi konsultatsioonid sidusrühmadega, ent ei kaasatud teenuste sihtrühma sisendit.

9	Praktika/mudel: õigusrikkujate tugi vabastamiseelse ja -järgse teenusena (*throughcare*); Šotimaal värske üleriiklik teenus Upside (throughcare kasutusel kõigis kolmes)
	Tõendatuse tase: vastab vähemalt tasemele 3

Mudeli lühikirjeldus (Upside teenuse näitel):
- inimestele, kes vabanevad lühiajalisest vangistusest, arestist või eelvangistusest; tugi ka pereliikmete/lähedastega suhtlusel
- eesmärk on pakkua individuaalset ja trauma-teadlikku tuge (taas)integreerumisel kogukonda
- üle riigi ühtne mudel; elluviimine kohalike tiimide kaudu (õigusvaldkonna partnerlused, taastumisvõrgustikud, kohalikud teenusted).
- praktiline ja emotsionaalne tugi (sh eluaseme leidmine, tervishoid, finants- jm oskuste arendamine ja tööhõive)

Kontakt luuakse kinnipidamisasutusse saabumisel; toe vastuvõtmisel tehakse vabanemiseelselt põhjalik plaan; vabanemise järel on võimalik tuge saada kuni 12 kuud. Upside ühendab kaks varasemat teenust, mentorluspõhised tugiprogrammid 'Shine' ja 'New Routes'.

Uuringud	Uuringu tulemused	Tõendatuse kvaliteeti puudutavad märkused
Uuring 1: Van Hout et al 2023 **e-Delphi meetodil konsensus-uuring**, rahvusvaheline osalejaskond vangla- ja korrektsiooni-valdkonna erialaorganisatsioonist kahe küsitlusvooru jooksul (vastavalt N=130 ja N=103).	Kuues põhidimensioonis ilmnes 39 kriitilist aspekti, mis osalejate oluliselt üksmeelsel hinnangul iseloomustavad tõhusaid rehabilitatsiooni ja taasintegreerimise programme. Oluliste aspektidena toodi välja mitme asutuse partnerlussuhted, vabanemiseelne planeerimine ja vabanemisjärgne tugi. Tuumpõhimõtete seas on riiklike strateegiate olemasolu, piisavad investeeringud, tööjõud ning terviklik ja inimkeskne tugi enne ja pärast vanglast vabanemist. Prioriteetsed toe valdkonnad hõlmavad tööhõivet, haridust, püsivat elupinda, tervishoiuteenuste jätkumist kogukonda naasmisel ning perede ja kogukondade kaasatust reintegreerumisse. Haavatavate gruppide (sh vaimse tervise probleemide sõltuvushäire ja krooniliste terviseprobleemidega kinnipeetavate) puhul on oluline individualiseeritud ja traumateadlik tugi.	Delphi meetod võimaldab süstemaatiliselt koguda ja struktureerida ekspertarvamusi mitmes järjestikuses voorus, toetudes anonüümsele tagasisidele ja konsensuse kujunemisele. Uuring esindab eeskätt ekspertide vaadet, isikliku kogemusega inimeste osalusmäär oli minimaalne ning autorid soovitavad jätku-uuringutes keskenduda kogemuspõhise ekspertsusega isikute konsensusliku hinnangu kogumisele.
Uuring 2: Hayhurst et al 2015 **Süstemaatiline ülevaade** (N=12 uuringut, kokku 3799 osalejat), analüüsiti vanglast vabanevatele sõltuvushäirega naistele suunatud 11 programmi mõju. Hõlmatud olid juhuslikustatud kontrolluuringud (5), kvaasieksperimentaalsed uuringud (4), ühegrupiline pre/post-test disainiga uuring, kohortuuring ja retrospektiivne uuring.	Ilmnes korduvrikkumiste (retsidiivsuse) oluline vähenemine viies ja uimastite tarvitamise vähenemine kolmes (sh oluline vähenemine ühes) programmis. Tõhusad meetmed arvestasid sooliste eripäradega [36], kuivõrd õigusrikkumisi, traumaatilisi sündmusi ja tarvitamist puudutavad ning muud tegurid, sh hoolduskoormus võivad naissoost ja meessoost sihtgruppide puhul oluliselt erineda). Uimastite tarvitamise vähendamisele mõjusad meetmed toimusid järjepidevalt vabanemiseelsel ja -järgsel perioodil, pakkusid individualiseeritud tuge (sh juhtumikorraldust kogukonnas) ning teraapiaid sõltuvushäirele, muudele vaimse tervise probleemidele (sh KKT) ja traumale.	Autorid hindasid uuringute üleüldist kvaliteeti keskmiseks (*fair*). Piirangutena toodi välja puuduliku andmete esitamist ning varieeruvust tulemite (eriti retsidiivsuse) mõõtmisel, uuringust väljalangemise põhjuseid puudutavate andmete puudulikkust, ebaselge teave sekkumise intensiivsuse, kestuse või järelhindamise ajaraami kohta. Meta-analüüs ei osutunud võimalikuks tulenevalt uuringute metodoloogilistest piirangutest ja asjaolust, et võrdlusgrupid osalesid sageli muus programmis, muutes

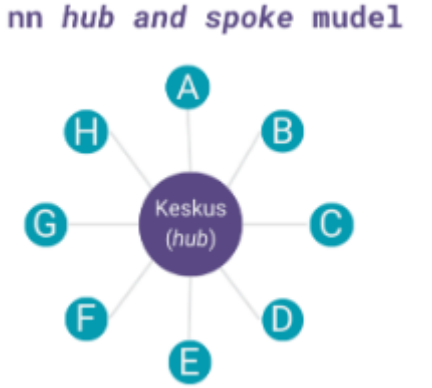
		sekkumiste mõju isoleerimise võimatuks. Enamik uuringuid ei vaadelnud vaimse tervise, traumade, laste hooldusõiguse, tööhõive või eluasemega seotud tulemeid, millel on kirjanduse alusel oluline mõju vabanemisjärgsele toimetulekule. Uuringud on läbi viidud peamiselt USAs, mis võib vähendada üldistatavust.
Uuring 3: Hart et al 2023 **Teoreetiline uuring**, mis lähtub meta-teoreetilistest juhendmaterjalidest ja pakub praktikale suunatud raamistiku vabastamiseelse- ja järgse toe programmidele	Pakub teoreetilise raamistiku ja toetab through-care mudelite programmiteooria loomist. Kirjeldab reintegreerimise praktilist raamistikku kolmel astmel: 1) võimekuse kasvatamisega seotud põhimõtted ja väärtused, 2) kuritegevusest loobumise teooriast lähtuvad eeldused, 3) vabastamiseelse ja -järgse sekkumise komponendid. Rõhutas töötaja-kliendi suhte järjepidevuse tähtsust ning praktilise toe (eluase, tööhõive) olulisust otseste elulisjäämisvajadustega tegelemisel. Peamine järeldus: selgelt defineeritud rollid ja jagatud eesmärgid sidusrühmade vahel aitavad vähendada teenuste lünki ning parandada kinnipeetavate taasintegreerimise tulemusi.	Raamistik on loodud Austraalias asuva Victoria regiooni ja sealsete praktikate kontektsis, mis võib piirata selle rakenduslikkust riikides, kus sotsiaalteenuste toimimine (sh ligipääs) on oluliselt erinev. See ei tohiks hoolika kohandamisprotsessi korral vähendada aga raamistiku teoreetilist sidusust ja põhjendatust.
Uuring 4: Edwards et al 2022 **Süstemaatiline ülevaade (N=12 uuringut, 3799 osalejat)** vanglast vabanenud sõltuvushäiretega naistele suunatud programmidest. Ülevaade hõlmas 12 sekkumist (2005-2018), peamiselt USAs.	Soopõhised, individuaalsed juhtumikorraldusprogrammid, mis käsitlesid vaimse tervise, trauma ja sõltuvusprobleeme, osutusid tõhusaimaks. Viis programmi vähendasid oluliselt retsidiivsust. Kognitiiv-käitumuslikke teraapiaid ja vanglast kogukonda üleminekutuge sisaldavad programmid vähendasid uimastite tarvitamist. Eluaseme, töötamise ja laste hooldusõiguse tulemuste mõõtmine oli ebapiisav.	Uuringute metoodiline kvaliteet hinnati rahuldavaks. Peamised piirangud: puuduvad andmed, kirjeldamata olid osalejate väljalangemise määr ja sekkumisega seotud detailid (läbiviimise sagedus, pikkus, sekkumise mõju hindamise sagedus). Pikaajaline järelkontroll puudus enamikus uuringutes. Uuringud ei analüüsinud piisavalt olulisi sotsiaalseid tegureid nagu eluase ja tööhõive.
Uuringud 5 ja 6: Cooper & Congreve 2022, 2024 **Raportid**, mis põhinevad Šotimaa New Routes programmi seireandmestikel 2013-2021 ja 2021-2023 hindamisperioodide kohta.	Ilmneb vabatahtliku teenuse kõrge osalusmäär: esimesel hindamisperioodil nõustus programmiga alustama 91% sinna suunatutest, teisel 98%. Esimesel perioodil väljus programmist planeeritud moel 37% osalejatest, ootamatult/planeerimata väljus 46% (ülejäänute puhul puudus info programmist väljumise põhjuste kohta). Teisel perioodil olid vastavad näitajad 20% ja 40%.	Analüüsitakse seireandmeid, puudub kontrollgrupp. Tegu raportite, mitte (eel)retsenseeritud teadusuuringutega. Hõlmatud on lai skoop: 12 programmis osalevat vanglat; programmi *outreach* üle kõigi 32 kohaliku omavalitsuse.

[36] Viidatud uuringu autorid raporteerivad, et paraku ei olnud selge, milles sootundlikkus täpsemalt seisnes.

Vastavalt vaadeldud 7116 ja 2959 kasutajateekonda.	Programmis osalejad hindavad koos mentoriga enda vajadusi, mis toetaksid probleemse käitumise ja hoiakute muutmist 10 kategooria lõikes: 1) sotsiaalne keskkond ja vaba aeg; 2) majutus/elukoht; 3) rahaline olukord; 4) suhted; 5) sõltuvus; 6) Füüsiline tervis; 7) Vaimne tervis; 8) Haridus ja koolitusvajadus; 9) Tööhõive; 10) Hoiakud ja käitumine. Vajadusi hinnatake neljal korral: programmi sisenemisel, enne vabanemist, peale vabanemist ja kuni 12-kuulise programmi lõpus. Programmi edu mõõtmiseks kasutatakse muutusi antud kategooriate hinnangutes. Uimastite tarvitamisega seotud sõltuvust identifitseeris 70-83% programmis osalejaid; esimese ja viimase hindamise vahel paranes skoor 25-28% osalejate seas. Sealjuures oli sõltuvust puudutav skooride paranemine kummalgi perioodil kõrgeimate seas, jäädes alla ainult muutustele seoses tööhõive ja eluasemega. Samuti valib osaleja programmi alguses eesmärgid (eeldefineeritud kategooriate valikust) ja hindab programmi jooksul nende nimel töötamist ja nende saavutamist. Mõlema hindamisperioodi (2013-2021 ja 2021-2023 jooksul valisid kinnipeetavad oma eesmärkide sekka (ja ka saavutasid) kõige sagedamini järgnevaid: olla motiveeritud muutma enda käitumist, osaleda teenustel ja sekkumistel.	Puuduvad muutuste/gruppidevaheliste erinevuste statistilise olulisuse analüüsid.

Lisa 3. Nelja mudeli/praktika kokkuvõtted (kasutatud fookusgrupi intervjuudes)

Mudel/praktika: Rapid Access Addiction Medicine **(RAAM) kliinikud** (Kanada)



RAAM on teenuspakkujate koostöömudel, mille keskmes on nn madala lävepakuga kliinik, mis toimib sillana EMOde, esmatasandi arstiabi, spetsialiseeritud sõltuvusraviteenuste ja kogukonnatasandi teenuste vahel. Alustati piloodina 2015, laienenud üle Ontario provintsi (üle 80 kliiniku). Mudel hõlmab ka kaugvastuvõttude võimalust ja väljatööd. Ei ole uimastispetsiifiline; enim teadusuuringuid opiodi- ja alkoholitarvitamise häire kohta; praeguseks tugevaim tõenduspõhisus ravile pöördumise soodustamisel, EMOsse pöördumise vähendamisel.

Peamised funktsioonid

- Esmane hindamine ja farmakoloogilise ravi alustamine[37]
- Lühinõustamine ja kahjude vähendamine
- Triaaž ja suunamine sobivamatele teenustele
- Kiire esmavastuvõtt (sh elavas järjekorras) ja jätkukohtumised, eesmärk olukorra stabiliseerimine ja suunamine edasi vähema intensiivsusega teenustele

Korraldus

- Hõlmab olemasolevate ressursside ümberkorraldamist, ei vaja uute hoonete ehitamist
- Hajusama asustusega piirkondades järgitakse *hub-and-spoke* mudelit: keskuses on ekspertiis keerukamate juhtumite haldamiseks (nt sõltuvusspetsialistid, psühhiaatrid, intensiivsed raviteenused), ja harukeskustena tegutsevad kogukonnatasandil esmatasandi vm teenusepakkujad, kes pakuvad väheintensiivsemaid sekkumisi ja püsivamat tuge.
- Partnerorganisatsioonide koostöö (rahastus, ruumid, tööjõud, konsultatsioonid vm ressursid) – koostöölepete alusel kombineeritakse seda, mida keegi saab pakkuda

Rakendamist soodustab

Olemas põhjalikud juhendmaterjalid META:PHI kodulehel, sh juhis kliiniku loomiseks ja haldamiseks[38], materjalikogud EMOdele opioiditarvitamise häire ja alkoholiga seotud pöördumiste puhuks. Mudeli kohandamiseks (pidades silmas Loode-Ontario geograafilisi, kultuurilisi ja piiratumate ressurssidega olusid) on loodud täiendav juhend antud piirkonnale, milles muuhulgas kajastatud ka traumateadliku praktika rakendamine (nii teenusesaajate kui pakkujate vaates). Mudel on paindlik; kohandatav kohalike vajaduste ja võimalustega

[37] Sh võimalik koostöö, mille puhul alustatakse nt EMOs asendusravi, misjärel kliendile võimaldatakse 1-2 päeva jooksul vastuvõtt kliinikus.

[38] Sh kontroll-listid erinevate etappide ja tegevuste jaoks; juhised koolituseks ja töötajate *on-board'inguks*; minimaalsed ressurssid nii inimeste, ruumide kui teenuste lõikes; näitlikud ametikirjeldused ja eri rollides vajalikud pädevused; vormid ja küsimustikud esmaseks vastuvõtuks, skriinimiseks, tagasiside kogumiseks, suunamiseks; kvaliteediindikaatorid jpm.

Olulisimad ressursid ellukutsumiseks

- Vajalike ruumide olemasolu
- Tugev juhtimine ja soov partnerluseks eri organisatsioonide vahel
- Nõustamis- ja ravipädevusega spetsialistid
- Kogemuspõhise toe pakkujad (suur roll kliiniku nn vastuvõtulauas, väljatööl (*outreach*) jne

Multidistsiplinaarne tiim, sh :

- Sõltuvusele spetsialiseerunud arstid
- Nõustamis- ja ravipädevusega ning retseptiõigusega spetsialistid (Kanadas suur roll vastavate pädevustega eriõdedel)
- Sotsiaaltöötajad ja nn *outreach* töötajad (väljatöö)
- Kogemuspõhise toe pakkujad

Mudel/praktika: uimastitarvitamise probleemiga **õigusrikkujatele suunatud teenuspakkumise mudel** (Šotimaa; *throughcare* kasutusel ka teistes riikides)

Šotimaal saab lisaks vabadusekaotuslikule karistusele (*custodial sentence*) rakendada ka kogukonnas kantavat karistust (*community sentence*), millel on mitmeid vorme, sh ka alkoholi- ja uimastitarvitamise probleemiga õigusrikkujate jaoks:

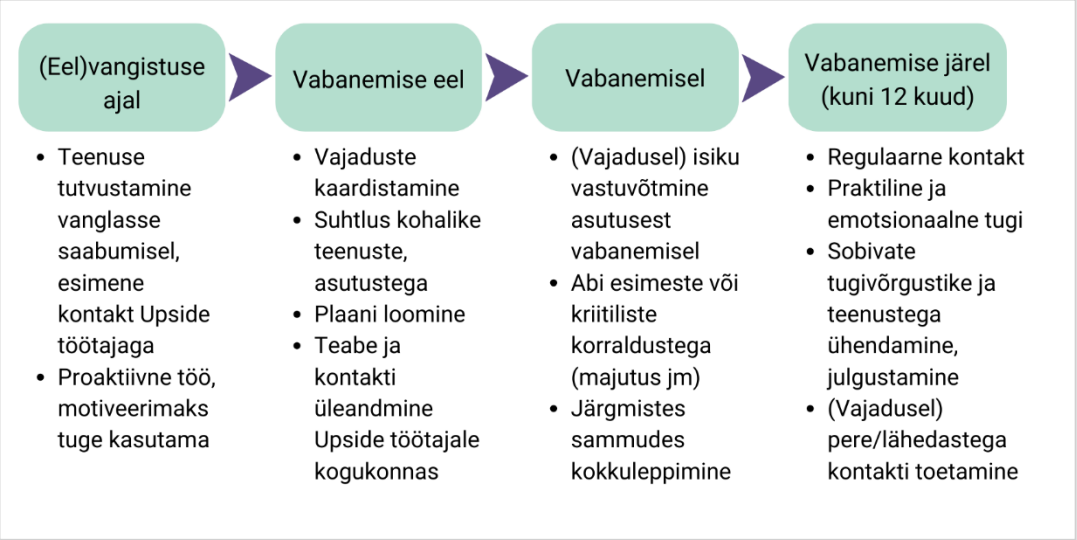
- Ühiskondliku hüvitamise kohustus (*community payback order, CPO*), mis moodustatakse kuni 10 tüüpi tingimustest:
  - Kriminaalhooldus; ühiskondlikult kasulik töö; kahju rahaline hüvitamine, liikumis- ja elukohapiirangud jm käitumispiirangud;
  - Käitumuslikes programmides osalemine;
  - Ravi vaimse tervise probleemi, alkoholi- või uimastiprobleemi osas
- Uimastitarvitamise testimise ja ravi määramine (*drug testing and treatment order*, DTTO);
- Elektroonse valvega liikumisvabaduse piirang jm

Vabadusekaotuslikult karistuselt vabanemise järel võib samuti rakenduda tingimusi. (SSC, „Community sentences“, CJS, „Navigating…“)

Tugiteenusena on kasutusel **järjepidev vabastamiseelne ja -järgne tugi (*throughcare*)**, mida on viimaste aastakümnete jooksul pakutud varieeruvates vormides, sh osutatakse teenust nii kohustuslikus korras (pikaajalise ehk üle 4 a vangistuse või seksuaalse õigusrikkumise korral) ja vabatahtlikus korras (lühiajalise vangistuse korral) (CJS 2023).

Alates 2025. aprillist käivitati riiklikult rahastatud vabatahtlikus korras pakutav teenus **Upside** (lisainfo teenuse korraldusest)

- inimestele, kes vabanevad lühiajalisest vangistusest, arestist või eelvangistusest; tugi ka pereliikmete/lähedastega kontakti taastamisel
- eesmärk on pakkuda individuaalset ja trauma-teadlikku tuge (taas)integreerumisel kogukonda
- põhineb varasemate (eraldi naistele ja meestele pakutud) teenuste ühendamisel vastavalt läbiviidud hindamistele ja uuringutele
- üle riigi ühtne mudel; elluviimine kohalike tiimide kaudu (õigusvaldkonna partnerlused, taastumisvõrgustikud, kohalikud teenusted).
- praktiline ja emotsionaalne tugi (sh eluaseme leidmine, tervishoid, finants- jm oskuste arendamine ja tööhõive).
- Viivad ellu 8 heategevusorganisatsiooni: Sacro (juhtpartner), Access to Industry, Action for Children, Apex Scotland, Barnardo’s, Circle, Families Outside ja Turning Point Scotland.



Joonis 24. Upside teenuse mudeli etappide jooksul pakutav tugi

Mudel/praktika: partnerlusvõrgustikud teenuspakkumise koordineerimisel ja koostöö arendamisel (Šotimaa, Austraalia)

Šotimaal ja Austraalias on teenuste korraldamisel sarnane printsiip. Osana tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna (ümber)korraldusest on loodud piirkondlikud võrgustikud, mille abil tuuakse kokku valdkonna organisatsioonide, institutsioonide ja sidusrühmade esindajaid. Tegeletakse valdkondade (sh tervishoid, selle esmatasand, sotsiaalteenused) integreerimisega koostöö ja sujuvamate raviteekondade soodustamiseks, piirkondlikest vajadustest lähtuva teenuste korraldamisega ja inimkeskse lähenemise soosimisega (sh esindusühingute kaasamisega teenuste kujundamisse). Võrgustikud ei ole ise teenuste pakkujad.

Tegevused üldiselt:

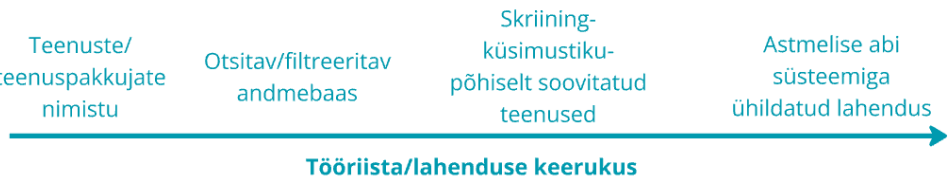
- valdkondade (sh tervishoid, selle esmatasand, sotsiaalteenused) integreerimisega koostöö ja sujuvamate raviteekondade soodustamiseks,
- piirkondlikest vajadustest ja riiklikest strateegiast lähtuvalt teenuste korraldamine
- inimkeskse lähenemise soosimine (sh esindusühingute kaasamisega teenuste kujundamisse).

Mõlemas riigis ka teisi organisatsioone, mis koondavad teenuspakkujaid, valdkonna eksperte ja kogemusega inimesi; nt katusnõukogu Australian Alcohol & Other Drugs Council ja piirkondlikud nõukogud (nt Alcohol, Tobacco and other Drugs Council Tasmania) Austraalias, Scottish Drugs Forum Šotimaal.

	Austraalia	Šotimaa
Nimetus	**Tervisevõrgustikud** ehk *Primary Health Network'id* (PHN)	**Tervise- ja sotsiaalvaldkonna partnerlusvõrgustikud** ehk *Health and Social Care Partnership*'id (HSCP); tihe koostöö **alkoholi- ja uimastiteenuste partnerlustega** (ADP)
Juriidiline vorm	**Eraldiseisev mittetulunduslik organisatsioon**	**Koostöökorralduslik struktuur, 2 vormi:** • NHS ja KOV delegeerivad vastastikku ülesandeid • Integratsioonikogu koostab strateegia ja juhib eelarvet (levinum)
Rahastus	**Riiklik** otserahastus	Peamiselt **NHS** + kohalik omavalitsus, riiklik otserahastus puudub
Töötajad	Hulgaliselt täistööajaga töötajaid erinevates rollides	HSCP'del sageli täistööajaga väike tuumiktiim, ADP's harva; võtmerollides muude organisatsioonide esindajad konkreetsete vastutustega
Teenuste hankimine	Hangivad enamasti täiendavaid esmatasandi ja vaimse tervise teenuseid	HSCP'd planeerivad, korraldavad, rahastavad integreeritult tervise- ja sotsiaalvaldkonna teenuseid; ADP'd räägivad kaasa
Sidusrühmade roll ja kaasatus	**Konsulteeriv**; erinevad **nõuandvad struktuurid** (nt ekspert-, kliinilised nõukogud, klientide ja hooldajate nõukogud))	Sageli **osalus otsuste langetamisel**; sidusrühmad **kuuluvad partnerlusse** (nt omavalitsused, NHS nõukogud, politsei, vanglateenistus, kolmanda sektori organisatsioonid – sh tarvitajate ja nende lähedaste kaasatus)

Uuringumeeskonna märkus: kumbki näide on küll seotud laiemate sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna reformidega, ent juba valdkonna organisatsioonide kokkutoomine nn ühise laua taha (kaasates sh kohustuslikult ka teenusesaajate vaadet) saab anda väärtusliku lähtepunkti valdkonna mitmete murekohtade lahendamiseks. Nt pakub see võimaluse ühise infovälja loomiseks, eesmärkide seadmiseks, teenuste koordineerimiseks ja klienditeekondade kujundamiseks, ühiste koolituste korraldamiseks jm.

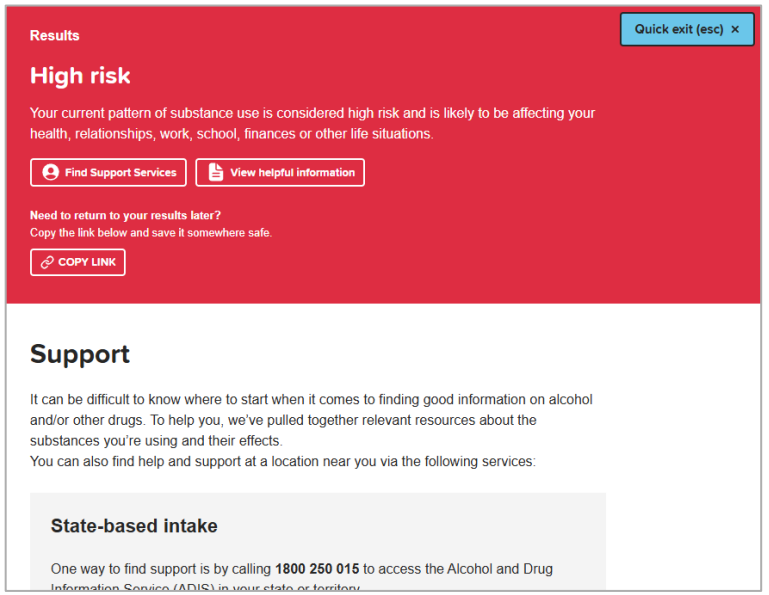
Otsustustoe abivahendid, mis aitavad teha tõenduspõhiseid otsuseid. Eesmärk: prioriseerida vastavalt sümptomite raskusastmele, suunata sobivaima ravi/spetsialisti juurde, standardiseerida otsustusprotsessi, vähendada subjektiivsust. Lihtsamates versioonides ka teenuseid/teenuspakkujaid koondavad andmebaasid.



Sihtgrupid (tihti osalt kattuvad):
- Tarvitajad/teenuse soovijad
- Lähedased/hooldajad
- (Tervise)spetsialistid

Funktsionaalsused (tihti kombineeritud):
- Info koondamine abivõimalustest
- Seisundi hindamine
- Sobiliku teenuse/tasandi leidmine
- (Enese)suunamine

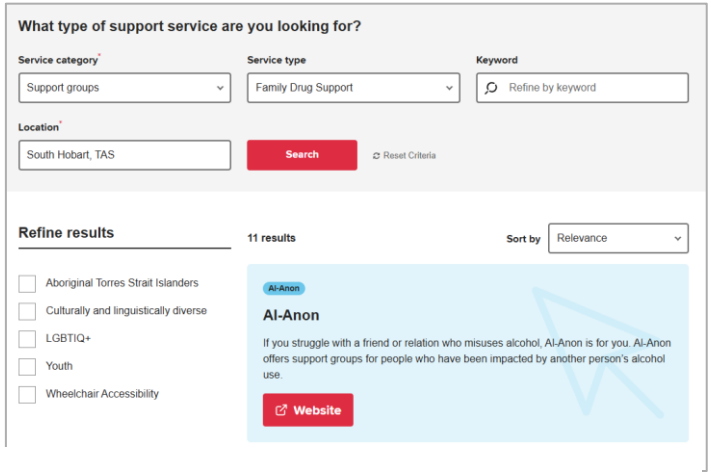
Fookused (tihti kombineeritud)
- Vaimne tervis üldiselt
- Sõltuvusprobleemid
- Spetsiifiline: konkreetne vaimse tervise probleem (nt ärevus, suitsidaalsus), muud tegurid (kodutus; põlisrahvale suunatud)



Joonis 25. Näide Path2Help küsimustiku täitmise tulemusest

Näide abivajajale/lähedastele suunatud tööriistast on Path2Help (kuvatõmmised joonistel).
- Konfidentsiaalne küsimustiku enda või lähedase kohta, hõlmab kõiki uimasteid
- Riski hinnatakse ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) mudeli järgi
- Lühikese küsimustiku järel antakse info riski taseme kohta
- Sisaldab võimalust otsida teenuseid vastavalt asukohale jm parameetritele

Sarnast sisu pakub ka Kanada veebileht eMentalHealth.ca, kus on koondatud kliiniliselt valideeritud skriiningtestid ja võimalus otsida piirkonnapõhiseid teenuspakkujaid.



Joonis 26. Näide Path2Help andmebaasi otsingust

Näide astmelise abi süsteemi rakendusest (IAR-DST): Austraalias on rakendatud astmelise abi mudel, soosimaks tervishoiuressursside optimaalsemat kasutust lähtuvalt inimese abivajadusest. Info 8 hindamisvaldkonna kohta → inimese abivajadus asetub viiest teenuste intensiivsuse astmest; süsteemi toetamiseks on loodud töövahend Initial Assessment and Referral Decision Support Tool, IAR-DST, mida rakendavad omakorda mitmed eelmainitud tööriistad. Selle veebivaatest/kasutusest annab ülevaate lühike video (veebilehe/tööriista enda ligipääs on piiratud Austraaliaga). **Kriitikana** on esile toodud, et IAR-DST ei suuda piisavalt hästi eristada teenusesaajate kliinilisi ja psühhosotsiaalseid vajadusi, sh on kitsaskohti just vaimse tervise ja sõltuvusprobleemidega (sh komorbiidsete probleemidega) seotud abivajaduste piisavalt head eristamist (Rosenberg et al., 2023).